

При реализации проекта использованы средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации» по итогам конкурса, проведенного в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации № 216-рп от 03 мая 2012 года «Об обеспечении в 2012 году государственной поддержки некоммерческих неправительственных организаций, участвующих в развитии институтов гражданского общества»

При реализации проекта использованы средства, выделенные в качестве целевых благотворительных пожертвований Компаний:

Abbott Laboratories LLC  
TAKEDA



и при спонсорской поддержке  
компаний  
ООО «Новартис Фарма»  
Pfizer



## **Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций**

**Председатели:** Бойцов С.А., Чучалин А.Г.

**Члены рабочей группы:**

Арутюнов Г.П., Биличенко Т.Н., Бубнова М.Г., Ипатов П.В., Калинина А.М., Каприн А.Д., Марцевич С.Ю., Оганов Р.Г., Погосова Н.В., Старинский В.В., Стаховская Л.В., Ткачева О.Н., Чиссов В.И., Шальнова С.А., Шестакова М.В.

**Координатор проекта:** Аносова С.Ю.

**Научное редактирование:** Александрова Л.М., Грецова О.П., Ипатов П.В., Калинина А.М., Мещерякова Н.Н., Старинский В.В., Сухарева О.Ю.

**Экспертный совет:**

Батурин А.К. (г. Москва), Белова О.А. (Ивановская область), Глазунов И.С. (г. Москва), Глуховская С.В. (Свердловская область), Голиков В.Е. (Калининградская область), Гуревич К.Г. (г. Москва), Демко И.В. (г. Красноярск), Жестков А. В. (г. Самара), Иванова Е.С. (Московская область), Исаев В.П. (г. Ставрополь), Касимов Р.А. (Вологодская область), Колбасников С.В., (Тверская область), Мазуров В.А. (г. Санкт-Петербург), Мальшин Ю.А. (Самарская область), Масуев К.А. (Республика Дагестан), Медведева И.В. (г. Тюмень), Мишкич И.А. (г. Санкт-Петербург), Невзорова В.А. (г. Владивосток), Осипова И.В. (Алтайский край), Потемкина Р.А. (г. Москва), Сивцева А.В. (Республика Саха), Терентьев В. П. (г. Ростов), Токарев С.А. (Ямало-Ненецкий автономный округ), Трубицина И.М. (г. Краснодар), Усова Е.В. (г. Москва), Шуева М.А. (г. Новосибирск).

**Дизайн и компьютерная верстка:** Долгов Д.Ю.

Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти – на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхо-легочные заболевания, а также сахарный диабет. В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. Экономический ущерб только от этих заболеваний составляет около 1 трлн. рублей в год (около 3% ВВП). В отличие от информации о профилактических мерах, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний, существующие учебники и учебные пособия предоставляют недостаточно материалов для практического осуществления мер по предупреждению ХНИЗ. Для восполнения дефицита указанной информации и подготовлены данные рекомендации, предназначенные для всех врачей и средних медицинских работников, занимающихся профилактикой ХНИЗ и прежде всего для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинского персонала отделений (кабинетов) медицинской профилактики.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Российское научное медицинское общество терапевтов

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства»

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П.А. Герцена» Министерства здравоохранения Российской Федерации

НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

# **ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

## **Рекомендации**

**МОСКВА 2013 г.**

## Авторский коллектив

### **Бойцов Сергей Анатольевич**

Доктор медицинских наук, профессор.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

### **Чучалин Александр Григорьевич**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства».

Заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Главный внештатный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Эксперт ВОЗ, председатель регионального отделения по СНГ INTERASTHMA, член исполнительного комитета Общества православных врачей, председатель исполнительного комитета Российского респираторного общества, «золотой» член Европейского респираторного общества, Американского торакального общества.

### **Арутюнов Григорий Павлович**

Доктор медицинских наук, профессор.

Заведующий кафедрой внутренних болезней и общей физиотерапии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Вице-президент Российского научного медицинского общества терапевтов.

Заслуженный врач Российской Федерации.

### **Биличенко Татьяна Николаевна**

Доктор медицинских наук.

Заведующая лабораторией клинической эпидемиологии Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства», член Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии, «золотой» член Европейского респираторного общества, член Российского респираторного общества.

### **Бубнова Марина Геннадьевна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины ГБОУ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Руководитель отдела реабилитации и вторичной профилактики сочетанной патологии с лабораторией профилактики атеросклероза и тромбоза ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики.

### **Ипатов Петр Васильевич**

Доктор медицинских наук, профессор.

Ведущий научный сотрудник ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Заслуженный врач Российской Федерации.

Заместитель председателя Профильной комиссии по профилактической медицине Минздрава России.

### **Калинина Анна Михайловна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

### **Каприн Андрей Дмитриевич**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

И.О. Директора Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена.

Заслуженный врач Российской Федерации.

### **Марцевич Сергей Юрьевич**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры эпидемиологии неинфекционных заболеваний с основами доказательной медицины факультета управления и экономики здравоохранения ГБОУ Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактической фармакотерапии ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Председатель секции «Национальное общество доказательной фармакотерапии» РКО.

**Оганов Рафаэль Гегамович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН и РАЕН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премии Правительства Российской Федерации.

Руководитель отдела профилактики коморбидных состояний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Член президиума ВАК, почетный Президент Российского кардиологического общества.

**Погосова Нана Вачиковна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела вторичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний и Федерального центра здоровья ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России.

Главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения города Москвы.

Вице-президент Национального научного общества Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация.

**Старинский Валерий Владимирович**

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Российской Федерации.

Заместитель директора по научной работе ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

**Стаховская Людмила Витальевна**

Доктор медицинских наук, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Директор НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России.

Ответственный секретарь Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом (Россия).

**Ткачева Ольга Николаевна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Первый заместитель директора ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России по научной и лечебной работе, руководитель отдела комплексного снижения риска неинфекционных заболеваний.

**Чиссов Валерий Иванович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН.

Заслуженный деятель науки Российской Федерации, заслуженный врач Российской Федерации, Лауреат Государственной премии и премий Правительства Российской Федерации.

Главный специалист-онколог Минздрава Российской Федерации, руководитель хирургического отдела ФГБУ «МНИОИ им П.А. Герцена» Минздрава России.

**Шальнова Светлана Анатольевна**

Доктор медицинских наук, профессор.

Руководитель отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России.

Вице-президент Российского кардиологического общества.

**Шестакова Марина Владимировна**

Доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН.

Директор Института диабета, заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения «Эндокринологический научный центр» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

**Председатели:** Бойцов С.А., Чучалин А.Г.

**Члены рабочей группы:**

Арутюнов Г.П., Биличенко Т.Н., Бубнова М.Г., Ипатов П.В., Калинина А.М., Каприн А.Д., Марцевич С.Ю., Оганов Р.Г., Погосова Н.В., Старинский В.В., Стаховская Л.В., Ткачева О.Н., Чиссов В.И., Шальнова С.А., Шестакова М.В.

**Научное редактирование:** Ипатов П.В., Калинина А.М., Александрова Л.М., Грецова О.П., Мещерякова Н.Н., Старинский В.В., Сухарева О.Ю.

**Координатор проекта:** Аносова С.Ю.

**Экспертный совет:**

Батурин А.К. (г. Москва), Белова О.А. (Ивановская область), Глазунов И.С. (г. Москва), Глуховская С.В. (Свердловская область), Голиков В.Е. (Калининградская область), Гуревич К.Г. (г. Москва), Демко И.В. (г. Красноярск), Жестков А.В. (г. Самара), Иванова Е.С. (Московская область), Исаев В.П. (г. Ставрополь), Касимов Р.А. (Вологодская область), Колбасников С.В., (Тверская область), Мазуров В.А. (г. Санкт-Петербург), Мальшин Ю.А. (Самарская область), Масуев К.А. (Республика Дагестан), Медведева И.В. (г. Тюмень), Мишкич И.А. (г. Санкт-Петербург), Невзорова В.А. (г. Владивосток), Осипова И.В. (Алтайский край), Потемкина Р.А. (г. Москва), Сивцева А.В. (Республика Саха), Терентьев В.П. (г. Ростов), Трубицина И.М. (г. Краснодар), Усова Е.В. (г. Москва), Шуева М.А. (г. Новосибирск).

**Дизайн и компьютерная верстка:** Долгов Д.Ю.

Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти — на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхо-легочные заболевания, а также сахарный диабет. В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. Экономический ущерб только от этих заболеваний составляет около 1трлн. рублей в год (около 3% ВВП). В отличие от информации о профилактических мерах, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний, существующие учебники и учебные пособия предоставляют недостаточно материалов для практического осуществления мер по предупреждению ХНИЗ. Для восполнения дефицита указанной информации и подготовлены данные рекомендации, предназначенные для всех врачей и средних медицинских работников, занимающихся профилактикой ХНИЗ, и прежде всего для врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинского персонала отделений (кабинетов) медицинской профилактики. Кроме того, рекомендации могут быть использованы для повышения профессиональных компетенций (базовое и дополнительное образование) врачебного и среднего медицинского персонала в области профилактики ХНИЗ.

## Оглавление

Список сокращений и условных обозначений . . . . .	6
Введение . . . . .	7
<i>I.</i> Основные термины и понятия, классы рекомендаций . . . . .	8
<i>II.</i> Основные стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний . . . . .	13
<i>III.</i> Правовые и организационные основы профилактики хронических неинфекционных заболеваний . . . . .	18
<i>IV.</i> Организация профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках первичной медико-санитарной помощи . . . . .	20
<i>V.</i> Профилактические медицинские услуги, оказываемые населению в период проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра . . . . .	27
<i>VI.</i> Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в условиях стационарной помощи и в санаторно-курортных учреждениях . . . . .	34
<i>VII.</i> Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний . . . . .	38
<i>VIII.</i> Фармакологическая профилактика сердечно-сосудистых заболеваний . . . . .	50
<i>IX.</i> Профилактика онкологических заболеваний . . . . .	66
<i>X.</i> Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения . . . . .	80
<i>XI.</i> Профилактика хронических бронхо-лёгочных заболеваний . . . . .	89
<i>XII.</i> Профилактика сахарного диабета 2 типа . . . . .	96
<i>XIII.</i> Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний . . . . .	106
<i>Приложение 1.</i> Основные направления деятельности медицинских организаций в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения . . . . .	119
<i>Приложение 2.</i> Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при развитии острых жизнеугрожающих заболеваний (состояний) (памятка для пациента) . . . . .	123
<i>Приложение 3.</i> Ориентировочная схема подбора дозы статинов у пациентов с различными клиническими состояниями . . . . .	131
<i>Приложение 4.</i> Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) . . . . .	132
<i>Приложение 5.</i> Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE . . . . .	134
<i>Приложение 6.</i> Эволюция невуса в меланому . . . . .	136

## Список сокращений и условных обозначений

- EACPR — Европейская ассоциация кардиоваскулярной профилактики и реабилитации  
 ESC — Европейское кардиологическое общество  
 ESO — European Stroke Organization  
 HbA1 — гликированный (гликозилированный) гемоглобин  
 FDA (Food and Drug Administration) — Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов в США  
 СТИМ — инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST электрокардиограммы  
 SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) — шкала для определения суммарного СС риска  
 USPSTF — Специальная группа по профилактическим услугам США  
 АЗВДП — аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей  
 АГ — артериальная гипертония  
 АД — артериальное давление  
 АКШ — аортокоронарное шунтирование  
 АО — абдоминальное ожирение  
 АПФ — ангиотензинпревращающий фермент  
 АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина  
 АСК — ацетилсалициловая кислота  
 БА — бронхиальная астма  
 БАБ — бета-адреноблокатор  
 БОД — болезни органов дыхания  
 БСК — болезни системы кровообращения (сердечно-сосудистые заболевания)  
 ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения  
 ГСД — гестационный сахарный диабет (гипергликемия, выявленная в период беременности, но не соответствующая критериям «манифестного» СД)  
 ДАД — диастолическое АД  
 ДИ — доверительный интервал  
 ЕОК — Европейское общество кардиологов  
 ЕОА — Европейское общество атеросклероза  
 ЗНО — злокачественное новообразование  
 ЗОЖ — здоровый образ жизни  
 ИБС — ишемическая болезнь сердца  
 ИзбМТ — избыточная масса тела  
 ИИ — ишемический инсульт  
 ИМ — инфаркт миокарда  
 ИМбпST — инфаркт миокарда без подъема сегмента ST электрокардиограммы  
 КМП — кабинет  
 МП — кабинет медицинской профилактики  
 ИМТ — индекс массы тела  
 ЛЖ — левый желудочек  
 Лп(а) — липопротеин(а)  
 ЛВП — липопротеины высокой плотности  
 ЛНП — липопротеины низкой плотности  
 ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение  
 МП — медицинская профилактика  
 МТ — масса тела  
 НИЗ — неинфекционные заболевания  
 НМТ — нарушение мозгового кровообращения  
 НТГ — нарушенная толерантность к глюкозе  
 НГН — нарушение гликемии натощак  
 ОКС — острый коронарный синдром  
 ОМП — отделение МП — отделение медицинской профилактики  
 ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения  
 ОР — относительный риск  
 ОХС — общий холестерин  
 ПГТТ — пероральный глюкозотолерантный тест  
 ПСА — простат-специфический антиген  
 РКИ — рандомизированное клиническое исследование  
 САД — систолическое АД  
 СД — сахарный диабет  
 СД 2 — сахарный диабет 2 типа  
 СКФ — скорость клубочковой фильтрации  
 СМАД — суточное мониторирование АД  
 СН — сердечная недостаточность  
 СС — сердечно-сосудистый  
 ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания (болезни системы кровообращения)  
 ТГ — триглицериды  
 ТИА — транзиторная ишемическая атака  
 УЗИ — ультразвуковое исследование  
**участковый врач** — врач-терапевт участковый, врач-терапевт участковый цехового лечебного участка, врач общей практики (семейный врач)  
**участок** — терапевтический участок, участок врача общей практики (семейного врача) цеховой лечебной (фельдшерский) участка, фельдшерский участок, комплексный участок  
 ФК — функциональный класс  
 ФК NYHA функциональный класс сердечной недостаточности Нью-Йоркской кардиологической ассоциации  
 ФП — фибрилляции предсердий  
 ФР — фактор риска  
 ХБОД — хронические болезни органов дыхания  
 ХБП — хроническая болезнь почек  
 ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания  
 ХБОД — Хронические болезни органов дыхания  
 ХБ — хронический бронхит  
 ХОБЛ - хронические обструктивные заболевания лёгких  
 ХС-ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности  
 ХС-ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности  
 ХСН — хроническая сердечная недостаточность  
 ЦВБ — цереброваскулярные болезни  
 ЦЗ — центр здоровья  
 ЦМП — центр медицинской профилактики  
 ЧКВ — чрескожное коронарное вмешательство  
 ЭКГ — электрокардиография
- Коэффициенты пересчета**  
 Холестерин: мг/дл = ммоль/л × 38,6  
 Триглицериды: мг/дл = ммоль/л × 88,5  
 Глюкоза: мг/дл = ммоль/л × 18



## Введение

Во второй половине XX века в странах с высоким и средним уровнем доходов населения произошло принципиальное изменение основных причин смерти, прежде всего, за счет широкого использования антибиотиков — на первый план вышли хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ), к которым относятся болезни системы кровообращения (БСК), онкологические и хронические бронхо-легочные заболевания, а также сахарный диабет. В конце XX — начале XXI века контроль над малярией, а также внедрение эффективных противовирусных препаратов похожим образом изменили ситуацию и в странах с низким уровнем доходов населения.

В России ХНИЗ являются причиной 75% всех смертей взрослого населения. При этом на долю БСК приходится около 57%, а на долю онкологических заболеваний 15% всех смертельных исходов. Очень высокий уровень смертности и, соответственно, небольшая ожидаемая продолжительность жизни населения в Российской Федерации, главным образом, обусловлены смертностью от БСК, которая среди лиц трудоспособного возраста в 3–6 раз выше, чем в странах Европейского союза. Экономический ущерб только от этих заболеваний составляет около 1 трлн. рублей в год (около 3% ВВП).

Основными причинами такого положения дел являются тяжелые социально-экономические потрясения, имевшие место в нашей стране в конце XX века, а также недостаточное развитие мер профилактики ХНИЗ. Опыт большого числа стран показал, что реализация научно-обоснованных профилактических и лечебных мер позволяет в течение 15–20 лет снизить смертность от БСК и ХНИЗ в целом в два и более раз. При этом вклад профилактических мер, существенно менее затратных в сравнении с лечебными, обуславливает успех более, чем на 50%. В частности, в 1970 году в Финляндии имела место самая высокая смертность в мире от БСК, что во многом было обусловлено широким распространением среди населения потребления табака, высоким содержанием жиров в пище и низким потреблением овощей и фруктов. В результате крупномасштабной реализации комплексных мер, преимущественно профилактической направленности, на индивидуальном и популяционном уровнях, включающих принятие закона, запрещающего рекламу табачных изделий, пропаганду ограничения потребления животных жиров и обеспечение населения обезжиренными молочными продуктами и полиненасыщенными жирами, дополнительную мотива-

цию производителей продуктов здорового питания, стимулы для медицинского персонала для достижения наибольшего снижения уровня холестерина и контроля повышенного артериального давления (АД) среди населения, распространенность этих факторов риска ХНИЗ стала снижаться. На этом фоне параллельно (с запозданием на 3–5 лет) стало происходить снижение смертности, как от БСК, так и других ХНИЗ. В настоящее время Финляндия относится к группе стран с самым низким уровнем смертности от ХНИЗ и самой высокой ожидаемой продолжительностью жизни.

В реализации мер профилактики выделяется два основных направления действий — формирование здорового образа жизни населения и ранняя диагностика ХНИЗ и факторов риска их развития с последующей своевременной коррекцией. Реализация первого направления возможна только на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, бизнеса и общественных структур, главная задача которых заключается в обеспечении условий для ведения здорового образа жизни. Второе направление действий реализуется в рамках системы здравоохранения, при этом особая роль возлагается на врачей первичного звена здравоохранения — участковых врачей-терапевтов, врачей общей практики и семейных врачей, в деятельности которых правильно организованная профилактическая работа должна занимать не менее 30–40% их рабочего времени. Роль врачей-специалистов, оказывающих специализированную медицинскую помощь, как в поликлиниках, так и в стационарах, в реализации мер профилактики ХНИЗ тоже очень велика. Это обусловлено тем, что назначение даже самых действенных лекарственных средств, выполнение самых современных интервенционных и оперативных вмешательств будет существенно менее эффективным при сохранении у больных тех факторов риска, которые послужили основными пусковыми и поддерживающими механизмами для развития и прогрессии ХНИЗ.

Данные подходы к снижению смертности населения и увеличению ожидаемой продолжительности жизни закреплены в целом ряде официальных документов ВОЗ и ООН. Правительство Российской Федерации явилось инициатором созыва первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, которая состоялась под эгидой ВОЗ в Москве 28–29 апреля 2011 года и завершилась принятием важнейшего международно-

го документа «Московской декларации ВОЗ», основная цель которого состоит в обеспечении содействия государствам-членам ВОЗ в разработке и укреплении политических мер и программ по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных болезней.

В ноябре 2011 г. в Российской Федерации был принят Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 12 которого устанавливает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан и определяет основные пути его реализации. С первого июня 2013 г. вступает в силу большинство статей Федерального закона Российской Федерации «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». В статьях 9 и 17 этого Федерального закона наряду с рядом ограничительных мер в отношении распространения и курения табака, гражданам гарантируется оказание медицинской помощи по отказу от курения на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 октября 2012 г. № 1864-р создана Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан, которая является координационным органом, образованным для обеспечения согласованных действий заинтересованных органов исполнительной власти по разработке и реализации единой государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, в том числе и в плане формирования в Российской Федерации единой межсекторальной (глобальной) профилактической среды. Важнейшим инструмен-

том формирования единой профилактической среды является «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденная распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года, а также аналогичные программы субъектов Российской Федерации.

В декабре 2012 года был разработан Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 г., № 1006н) и Порядок проведения профилактического медицинского осмотра (приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 г., № 1011н), которыми регламентируется не только раннее выявление ХНИЗ и основных факторов риска их развития, но и также их коррекция.

Понимание того, что профилактическая работа должна иметь значительное место в практике большинства медиков, заложено в сознании врачей и среднего медицинского персонала со студенческой скамьи. Однако, в отличие от информации о профилактических мерах, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний, существующие учебники и учебные пособия предоставляют недостаточно материалов для практического осуществления мер по предупреждению ХНИЗ. Для восполнения дефицита указанной информации и подготовлены данные рекомендации, имеющие преимущественно практическую направленность, и которые могут быть использованы для повышения профессиональных компетенций (базовое и дополнительное образование) врачебного и среднего медицинского персонала в области профилактики ХНИЗ.

## I. Основные термины и понятия, классы рекомендаций

### Основные термины и понятия<sup>1</sup> :

**I группа состояния здоровья** — лица, у которых не установлены ХНИЗ, отсутствуют ФР развития этих заболеваний или имеются факторы риска при низком или среднем суммарном СС риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) [2]. Таким пациентам проводится краткое профилактическое консультирование, коррекция ФР развития ХНИЗ врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) МП или ЦЗ.

<sup>1</sup> Все определения, кроме определение групп здоровья, «скрининг», «ожидаемая продолжительность жизни», «фактор риска» и «фактор риска основной» даны в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [1]

**II группа состояния здоровья** — лица, у которых не установлены ХНИЗ, имеются ФР развития этих заболеваний при высоком или очень высоком суммарном СС риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний) [2]. Таким пациентам проводится коррекция ФР развития ХНИЗ в отделении (кабинете) МП или ЦЗ, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для коррекции ФР. Эти пациенты подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) МП.

**III группа состояния здоровья** — лица, имеющие заболевания (состояния), требующие диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехно-

логичной, медицинской помощи, а также лица с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании [2]. Такие пациенты подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий. Пациентам с ФР развития ХНИЗ, проводится их коррекция в отделении (кабинете) МП или ЦЗ.

**диагностика** — комплекс медицинских вмешательств, направленных на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;

**диспансеризация** — представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации;

**диспансерное наблюдение** — представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

**заболевание** — возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма;

**здоровье** — состояние физического, психического и социального благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма;

**качество медицинской помощи** — совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;

**лечащий врач** — врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения;

**лечение** — комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни;

**медицинская деятельность** — профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях;

**медицинская организация** — юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Положения ФЗ № 323, регулирующие деятельность медицинских организаций, распространяются на иные юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, и применяются к таким организациям в части, касающейся медицинской деятельности. К медицинским организациям, в соответствии с ФЗ № 323 приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;

**медицинская помощь** — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

**медицинская реабилитация** — комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма,

предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество;

**медицинская услуга** — медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**медицинский осмотр** — комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития;

**медицинский работник** — физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность;

**медицинское вмешательство** — виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность, а также искусственное прерывание беременности;

**ожидаемая продолжительность жизни** — показатель средней ожидаемой продолжительности предстоящей жизни при рождении или в определенный возрастной период, важнейший демографический показатель, интегрально характеризующий условия жизни человека влияющие на длительность его жизни и уровень смертности населения, показывающий сколько в среднем лет проживет человек если такие условия жизни будут сохраняться всю его будущую жизнь;

**охрана здоровья граждан** (далее — охрана здоровья) — система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи;

**пациент** — физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния;

**профилактика** — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**предварительный медицинский осмотр** — медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу или учебу в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия учащегося требованиям к обучению;

**периодический медицинский осмотр** — медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, учащихся, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды, трудового, учебного процесса на состояние здоровья работников, учащихся, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ, продолжению учебы;

**профилактический медицинский осмотр** — медицинский осмотр проводимый в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

**скрининг** (от англ. *screening* — «отбор, сортировка») — стратегия в здравоохранении, обследование населения, направленное на выявление заболеваний у клинически бессимптомных лиц в популяции, а также риска заболеваний. Цель скрининга — раннее выявление заболеваний, что позволяет обеспечить раннее начало лечения и снижение смертности. Скрининговые исследования должны обладать достаточной чувствительностью и допустимым уровнем специфичности. Различают массовый (универсальный) скрининг, к которому привлекаются все лица из определённой категории (например, все дети одного возраста) и селективный скрининг, применяемый в группах риска (напри-

мер, скрининг членов семьи в случае выявления наследственного заболевания).

**состояние** — изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи;

**основное заболевание** — заболевание, которое само по себе или в связи с осложнениями вызывает первоочередную необходимость оказания медицинской помощи в связи с наибольшей угрозой работоспособности, жизни и здоровью, либо приводит к инвалидности, либо становится причиной смерти;

**сопутствующее заболевание** — заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти;

**фактор риска** — под фактором риска подразумеваются индивидуальные характеристики, ассоциированные с повышенной вероятностью развития, прогрессирования и неблагоприятного исхода заболевания;

**фактор риска основной** — такой фактор риска, который соответствует трем критериям: высокая распространенность в большинстве популяций, достоверный независимый вклад в риск развития хронических неинфекционных заболеваний, снижение риска развития хронических неинфекционных заболеваний при контроле этих факторов;

### Рекомендуемые наименования основных факторов риска ХНИЗ

1. Потребление табака (допустимые эквиваленты: Табакокурение, или Курение табака, или Курение)
2. Повышенное артериальное давление (Повышенное АД)

3. Психозэмоциональное напряжение (допустимый эквивалент: Психозэмоциональный стресс)
4. Пагубное потребление алкоголя (допустимый эквивалент: Избыточное потребление алкоголя, риск проблем с потреблением алкоголя)
5. Дислипидемия
6. Избыточная масса тела и ожирение
7. Недостаточная физическая активность (допустимый эквивалент: гиподинамия)
8. Гипергликемия (допустимый эквивалент: повышенный уровень глюкозы в крови)
9. Нездоровое питание (допустимый эквивалент: Нерациональное питание)

### Классы рекомендаций и уровень их доказательности

Класс рекомендации и уровень ее доказательств в отношении конкретных методов профилактики и лечения определяется и оценивается по шкале, принятой Европейским кардиологическим обществом и Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, представленной в таблицах 1.1. и 1.2.

При цитировании материалов Специальной группы по профилактическим услугам США (USPSTF) в настоящих рекомендациях используется система оценки ранга рекомендаций USPSTF (табл. 1.3.) [5]. USPSTF — независимая группа специалистов по медицинской профилактике и доказательной медицине, более 30 лет проводит систематические обзоры научных исследований и оценку широкого спектра профилактических медицинских услуг, разрабатывает рекомендации для врачей ПМСП и систем здравоохранения. Все рекомендации проходят согласование с обществом доказательной медицины (AHRQ), их используют органы власти в

Таблица 1.1. Классы рекомендаций [4]

Класс рекомендаций	Определение пользы рекомендаций	Рекомендации по использованию
Класс I	Польза и эффективность данного лечения или вмешательства доказаны и/или общепризнаны	Рекомендовать к применению
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности метода лечения или вмешательства.	
Класс IIa	Больше данных свидетельствуют о пользе/эффективности вмешательства	Следует рассматривать
Класс IIb	Польза/эффективность менее убедительны	Могут рассматриваться
Класс III	Имеющиеся данные или общее мнение свидетельствуют о том, что лечение или процедура бесполезны/не эффективны и в некоторых случаях могут быть вредными	Не рекомендовать к применению

Таблица 1.2. **Уровень доказательств рекомендации** [4]

Уровень доказательств	Характеристика исследований
A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор рандомизированные клинические исследования (РКИ) или РКИ с очень низкой вероятностью систематической ошибки
B	РКИ с невысокой вероятностью систематической ошибки, когортные исследования или исследования случай- контроль
C	Описание серии случаев, неконтролируемое исследование, мнение экспертов

Таблица 1.3. **USPSTF система оценки ранга (класса) рекомендаций и предложений по их использованию** [5]

Ранг рекомендаций	Определение ранга рекомендаций	Предложения по практическому использованию
A	USPSTF считает, что существует высокая вероятность того, что чистая польза от услуги является существенной.	Предлагать или предоставлять услугу.
B	USPSTF считает, что существует высокая вероятность того, что чистая польза от услуги является умеренной или есть умеренная уверенность, что чистая польза находится в диапазоне от умеренной до значительной.	Предлагать или предоставлять услугу.
C	USPSTF считает, что клиницисты могут предоставлять эту услугу только у специально подобранных пациентов в зависимости от индивидуальных обстоятельств. Тем не менее, для большинства людей существует высокая вероятность, что услуга принесет лишь небольшую пользу	Предлагать или предоставлять услугу, только если другие соображения поддерживают это показание к проведению или предоставлению услуги при информированном согласии и осознанном решении пациента.
D	USPSTF считает, что существует умеренная или высокая степень доказательств того, что услуга не имеет чистой пользы или ее вред перевешивает пользу.	Препятствовать использованию этой услуги.
<b>I Заявление</b> Первое заявление делается USPSTF, когда она пришла к выводу, что по данной скрининговой или профилактической услуге имеется недостаточный объем данных, чтобы оценить соотношение пользы и вреда от данной услуги. Доказательств не хватает или они плохого качества, или противоречивые, поэтому баланс пользы и вреда не может быть определен. Если такая услуга предоставляется по настоянию пациента, то он должен быть информирован о том, что существует неопределенность в отношении баланса пользы и вреда от применения этой услуги		

области здравоохранения США и основные страховые компании США.

### Список использованных источников информации

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации.
2. Приказ Минздрава России от 3 декабря 2012 г., № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».
3. Health Departments of the United Kingdom (2000). Second Report of the National Screening Committee, October
4. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701.
5. U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions After May 2007. May 2008. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/gradespost.htm>

## II. Основные стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний

В настоящее время общепризнано, что широкое распространение ХНИЗ, в основном, обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ним ФР.

Модификация образа жизни и снижение уровней ФР может предупредить или замедлить развитие заболевания как до, так и после появления клинических симптомов. Концепция ФР является научной основой профилактики ХНИЗ: первопричины этих заболеваний неизвестны, они многофакторные, однако во многом благодаря эпидемиологическим исследованиям выявлены факторы, способствующие их развитию и прогрессированию. В данном документе под фактором риска подразумеваются индивидуальные характеристики, ассоциированные с повышенной вероятностью развития, прогрессирования и неблагоприятного исхода заболевания.

В настоящее время хорошо изучены ФР, приводящие к возникновению ХНИЗ. Показано, что восемь ФР обуславливают до 75% смертности от этих видов патологии. К этим ФР относятся: повышенное АД, дислипидемия, курение, нерациональное питание (недостаточное потребление фруктов и овощей, избыточное потребление соли, животных жиров и избыточная калорийность пищи), низкий уровень физической активности, повышенный уровень глюкозы в крови, избыточная масса тела и ожирение, пагубное употребление алкоголя [1]. В соответствии с рекомендациями ВОЗ определение

в каждой стране наиболее существенных факторов риска ХНИЗ, их целенаправленная коррекция, а также контроль их динамики являются основой системы факторной профилактики самих ХНИЗ (табл. 2.1).

Основные ФР соответствуют трем критериям: высокая распространенность в большинстве популяций, достоверный независимый вклад в риск развития ХНИЗ, снижение риска развития ХНИЗ при контроле этих факторов.

Факторы риска разделяют на немодифицируемые (возраст, пол, генетическая предрасположенность) и модифицируемые. Немодифицируемые факторы используют для стратификации риска. Например, чем старше возраст, тем выше риск развития ХНИЗ. Для целей профилактики наибольший интерес представляют модифицируемые факторы, поскольку их коррекция приводит к снижению риска ХНИЗ и их осложнений.

В крупном международном исследовании (52 страны-участницы) по изучению ФР, ассоциирующихся с инфарктом миокарда (INTERHEART), в которое входили и Российские центры, была изучена роль девяти потенциально модифицируемых ФР: повышенное АД, курение, диабет, абдоминальное ожирение, недостаточное потребление овощей и фруктов, низкая физическая активность, потребление алкоголя, повышенный уровень ХС крови (отношение ApoB/ApoA1), психосоциальные факторы (табл. 2.2.).

Таблица 2.1. Факторы риска, общие для основных неинфекционных заболеваний (с использованием данных Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009)

Фактор Риска	Сердечно-сосудистые заболевания *	Сахарный диабет	Онкологические заболевания	Респираторные заболевания**
Курение	+	+	+	+
Пагубное потребление алкоголя	+		+	
Нерациональное питание	+	+	+	+
Недостаток физической активности	+	+	+	+
Ожирение	+	+	+	+
Повышенное АД	+	+		
Повышенное содержание глюкозы в крови	+	+	+	
Повышенный уровень холестерина в крови	+	+	+	

\* В том числе хроническая ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, АГ.

\*\* хронические заболевания легких и бронхиальная астма.

Показано, что, ассоциации риска инфаркта миокарда с этими ФР, являются общими для всех географических регионов и этнических групп. Более того, в совокупности эти девять ФР обуславливают 90% случаев развития ИМ у мужчин и 94% у женщин. Этот факт позволяет предположить, что подходы к профилактике могут быть основаны на одних и тех же принципах по всему миру и имеют потенциал, чтобы предотвратить большинство случаев преждевременного инфаркта миокарда [2]. Важным выводом из этого исследования является тот факт, что модификация ФР должна быть одинаково эффективной для мужчин и женщин всех возрастов, всех географических регионов и всех этнических групп, что является краеугольным камнем для профилактики ССЗ, несмотря на различия в распространенности этих показателей.

Высокое АД считается первым из важнейших ФР, на его долю приходится 13% от общего числа случаев смерти в мире. Далее следуют курение (9%), высокий уровень глюкозы в крови (6%) и низкая физическая активность (6%). На долю избыточной массы тела и ожирения приходится 5% от общего числа случаев смерти в мире. Такая же доля в 5% приходится на дислипидемию (повышенный уровень общего ХС в крови) [1].

Основные причинно-следственные связи факторов риска ХНИЗ, в частности при развитии ишемической болезни сердца, схематично показаны на рис. 2.1.

Ярким подтверждением наличия таких тесных связей между уровнем распространенности факторов риска ХНИЗ и уровнем смертности от них является представленная на рис. 2.2 динамика смертности от инсульта и ишемической болезни сердца в США с 2004 по 2008 год и частоты повышенного АД и общего ХС крови за тот же период [3].

Наша страна характеризуется значительной распространенностью ФР. Так, по данным исследований ГНИЦ ПМ, распространенность АГ составляет 40,8%. В то же время повышенное систолическое и/или диастолическое АД четко ассоциируется с увеличением риска ХНИЗ. Около 40% смертности от ССЗ в российской популяции обусловлено повышенным АД.

Кроме того, в нашей стране отмечена значительная распространенность курения среди мужского населения (63,1%), по сравнению со странами Европы, где этот показатель составляет 42%. Доля курящих женщин в России значительно меньше — 9,1% против 28% в Европе. Несмотря на то, что уровень курения среди мужчин снижается в ряде стран Европы, его распространенность продолжает увеличиваться среди молодых женщин, что является характерным и для россиянок. В исследовании Российских липидных клиник было получено подтверждение негативного влияния курения на смертность от ССЗ. Причем риск смерти увеличивается с увеличением числа выкуриваемых

Таблица 2.2. **Влияние потенциально модифицируемых факторов риска на развитие инфаркта миокарда в 52 странах (INTERHEART исследование)**

(Стандартизированное исследование случай-контроль развития острого инфаркта миокарда в 52 странах, 15152 случаев и 14820 группа контроля [2])

Сравниваемая группа с наличием фактора риска/ антириска	Отношение шансов развития ИМ в группах сравнения	Сравниваемая группа без фактора
Курение	в 2,87 раза больше	Никогда не курившие
Повышенный уровень холестерина крови (АpoB/АpoA1липопротеиды)	в 3,25 раза больше	Нормальный уровень холестерина (АpoB/АpoA1)
Повышенное артериальное давление	в 1,91 раза больше	Нормальное артериальное давление
Повышенный уровень сахара в крови	в 2,37 раза больше	Нормальный уровень сахара в крови
Абдоминальное ожирение	в 1,62 раза больше	Лица без ожирения
Психосоциальное напряжение/ стресс	в 2,67 раза больше	Лица без психоэмоционального напряжения/стресса
Ежедневное потребление фруктов и овощей	в 0,7 раза меньше	Отсутствие ежедневного потребления фруктов и овощей
Умеренное употребление алкоголя	в 0,91 раза меньше	Не употребляющие алкоголь
Регулярная и достаточная физическая активность	в 0,86 раза меньше	Отсутствие регулярной физической активности

*Примечание:* Все изучаемые факторы риска/антириска имели тесную и достоверную связь с развитием острого инфаркта миокарда ( $p < 0,0001$  для всех факторов риска,  $p = 0,03$  для алкоголя). Эти ассоциации были отмечены у мужчин и женщин, старых и молодых, и во всех регионах мира.





Рис. 2.1. Причинно-следственные связи основных факторов риска с развитием ишемической болезни сердца. Стрелки указывают некоторые (но не все) из путей, по которым эти причины взаимосвязаны (адаптировано из [1])

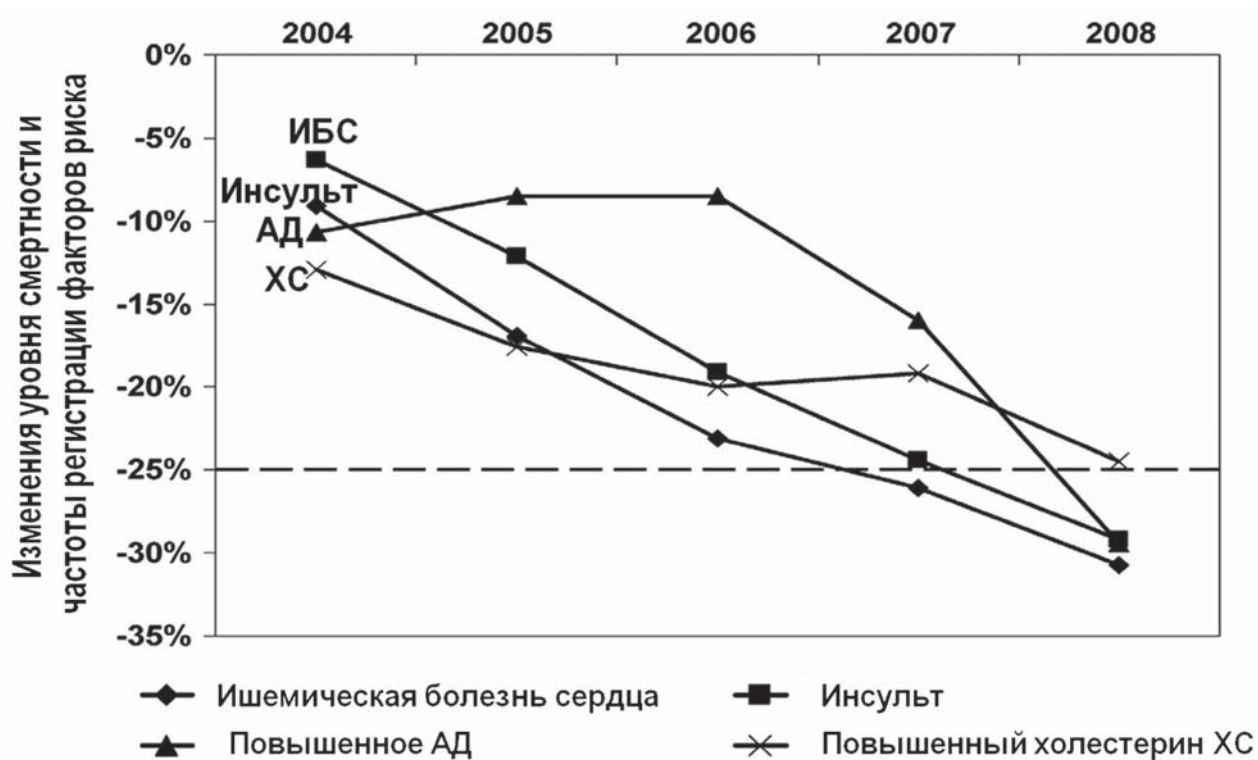


Рис. 2.2. Динамика смертности от инсульта и ИБС в США с 2004 по 2008 год и частоты повышенного артериального давления и общего холестерина за тот же период [3]

сигарет. Следует подчеркнуть, что женщины более уязвимы для курения, чем мужчины. Так, для сокращения продолжительности жизни мужчины на 1 год требуется выкуривание трех сигарет в сутки, тогда как для женщин достаточно двух.

Ожирение отмечается у каждой пятой российской женщины и у каждого десятого муж-

чины. Следует иметь в виду, что ожирение усиливает развитие и/или прогрессирование таких заболеваний и состояний как АГ, диабет, дислипидемия, метаболический синдром, ишемическая болезнь сердца, инсульт, болезни желчного пузыря, остеоартрит, апноэ сна и проблемы с дыханием, дисфункция эндометрия, рак молочной железы, проста-

ты и толстой кишки. Увеличение массы тела, также связано с увеличением смертности от всех причин [4].

Среди возможных причин резких колебаний смертности в нашей стране в конце 20-го столетия можно особо выделить психосоциальный стресс и алкоголь.

Выборочные исследования, проведенные ГНИЦ ПМ в Москве в конце 80-х годов и середине 90-х годов среди мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет, выявили значительное увеличение уровня психосоциального стресса. Динамика показателей смертности и результаты исследований дают основание считать психосоциальные факторы одной из причин резких колебаний смертности общей и от ССЗ в России, начиная с 1985 г. О психологическом напряжении в популяции может свидетельствовать и тот факт, что распространность депрессий в реальной практике российских врачей составляет 45,9%.

Снижение смертности от ССЗ и внешних причин в период антиалкогольной кампании (1984-1988 гг.) часто связывают с резким сокращением потребления алкоголя, в то время как ухудшение здоровья населения России в период социально-экономических реформ объясняют повышением потребления алкоголя после снятия ограничительных мер [5].

Данные по употреблению алкоголя населением России достаточно противоречивы. Наблюдается большое расхождение в показателях потребления алкоголя между показателями официальной статистики, оценками экспертов и результатами эпидемиологических исследований. В то же время не вызывает сомнения факт, что чрезмерное употребление алкоголя увеличивает смертность от ССЗ. Анализ результатов исследований ГНИЦ ПМ показал, что каждые 10 г чистого этанола увеличивают риск смерти от инсульта на 1% у мужчин 40-59 лет. Данные факты позволяют утверждать, что увеличение потребления алкоголя в период социально-экономических реформ явилось одной из причин увеличения смертности от ССЗ.

Индустриализация, урбанизация, транспорт ограничили *физическую активность* даже в развивающихся странах, приведя к тому, что большая часть населения сегодня имеет недостаточную *физическую активность*. По экспертным оценкам ВОЗ, физическая инертность является основной причиной порядка 21-25% случаев заболеваний раком молочной железы и толстой кишки, 27% случаев заболевания диабетом и около 30% случаев заболевания ишемической болезнью сердца [1].

В нашей стране более 60% пациентов, обращающихся к кардиологу, имеют низкую ФА. Вместе с тем, исследования показали,

что люди, которые физически активны в течение примерно 7 часов в неделю, имеют на 40% более низкий риск ранней смерти, чем те, которые физически активны менее, чем 30 минут в неделю [6, 7].

Сегодня для профилактики ХНИЗ используются *три стратегии*:

1. *Популяционная стратегия* — воздействие на те факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск развития ХНИЗ среди всего населения. В том числе за счет создания условий для ведения здорового образа жизни (строительство доступных спортивных сооружений и мест активного отдыха, запрет на курение в общественных местах, повышение акцизных сборов на алкоголь и табак и т.д.), повышение стоимости добровольного медицинского страхования при наличии факторов риска и снижение — при их преодолении. Эта стратегия имеет ряд преимуществ: воздействие охватывает все население как лиц, имеющих разную степень риска развития ХНИЗ, так и уже страдающих ХНИЗ; стоимость ее внедрения относительно невысокая, нет необходимости экстенсивно усиливать систему здравоохранения, ее дорогостоящую материально-техническую базу. Однако реализация этой стратегии находится, в основном, вне сферы деятельности системы здравоохранения (преимущественно в сфере образования, спорта, социальной рекламы) и эффект от ее внедрения появится тогда, когда население отреагирует изменением образа жизни, что потребует достаточно длительного периода времени и комплекса мер. Тем не менее, роль врачей, медицинских работников в реализации этой стратегии достаточно большая. Они должны быть идеологами и авторами информационных материалов для средств массовой информации, инициаторами, пропагандистами и «катализаторами» процессов в обществе, направленных на профилактику ХНИЗ. Большую координирующую функцию в практической реализации популяционной стратегии профилактики ХНИЗ на уровне субъектов Российской Федерации призваны выполнять центры медицинской профилактики.

2. *Стратегия высокого риска* — выявление лиц с повышенным уровнем факторов риска ХНИЗ и проведение мероприятий по их коррекции. Реализация этой стратегии находится, в основном, в сфере здравоохранения и в первую очередь в ее первичном звене. Затраты на ее реализацию при правильной организации медицинской и профилактической помощи по экспертной оценке могут достигать 30% от общей суммы средств, идущих на борьбу с ХНИЗ, что может обусловить 20% вклада в снижение смертности

населения от ХНИЗ. Учитывая то, что Россия относится к категории государств с высоким риском и большой долей популяции, имеющей высокий сердечно-сосудистый риск, реализация данной стратегии имеет особенное значение для нашей страны.

3. *Стратегия вторичной профилактики* — заключается в ранней диагностике и предупреждении прогрессирования заболевания как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих ФР, так и за счет своевременного проведения современного лечения, в том числе с использованием высокотехнологических вмешательств.

В отличие от популяционной стратегии, реализация стратегий высокого риска и вторичной профилактики может обеспечить сравнительно быстрое снижение уровней корригируемых ФР у значительной части населения, снизить заболеваемость и смертность.

В то же время эти стратегии не следует противопоставлять, они взаимно дополняют друг друга и наилучший эффект может быть достигнут при комплексном внедрении всех 3-х стратегий.

Для выявления лиц с ФР проводится скрининг с помощью простых и быстрых методов обследования. Выделяют оппортунистический скрининг — обследование всех лиц при их обращении к врачу или в медицинское учреждение и селективный скрининг — обследование лиц, имеющих большую вероятность наличия ФР (например: обследование лиц с ожирением для выявления диабета и АГ).

После выявления у пациента ФР ему проводится оценка суммарного риска с учетом совокупного влияния имеющихся у данного пациента ФР. Почему важна оценка суммарного риска:

- ХНИЗ многофакторные заболевания;
- существует синергизм во взаимодействии ФР;
- часто у человека имеется несколько ФР, которые со временем могут измениться в разных направлениях.

Оценку суммарного риска среди лиц, не имеющих клинических проявлений заболеваний, проводится с использованием различных шкал (для ССЗ — шкала SCORE, для ХНИЗ — шкала «Орискон»).

Важным аспектом профилактики ХНИЗ является *профилактика догоспитальной смертности*, что особенно актуально для территорий, имеющих низкую плотность населения. Так, в нашей стране по данным официальной статистики вне стационаров от БСК умерло в 2010 г. 920444 челове-

ка, что составило 80% от всех умерших по этой причине (1151917 человек). По данным эпидемиологического исследования «РЕЗОНАНС», выполненного в трех регионах России, догоспитальная смертность от ССЗ составила 88% [8] (для сравнения, в странах Европы и Северной Америки в среднем 50,3% от всех умирающих больных умирает в стационарах [9]).

Основной путь снижения смертности вне стационаров — это обучение пациентов, имеющих ХНИЗ, особенно ССЗ, а также пациентов с высоким и очень высоким СС риском, не только принципам здорового образа жизни, но и информирование их об основных симптомах жизнеугрожающих состояний, обучение неотложным мерам самопомощи и взаимопомощи, своевременного вызова скорой медицинской помощи.

### Список использованных источников информации

1. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet* 2004; 364: 937-52.
3. Lloyd-Jones et al. AHA Special Report. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. The American Heart Association's Strategic Impact Goal Through 2020 and Beyond. *Circulation* 2010;121:586-613 <<http://circ.ahajournals.org/content/121/4/586.full>>
4. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Интернет ресурс - [http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob\\_gdlns.pdf](http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf)
5. Bhattacharya J., Gathmann C., Miller G. The Gorbachev Anti-Alcohol Campaign and Russia's Mortality Crisis. NATIONAL BUREAU OF ECONOMIC RESEARCH, Cambridge, December 2012. Интернет ресурс - [http://www.nber.org/papers/w18589.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w18589.pdf?new_window=1)
6. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans Интернет ресурс - <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>
7. Centers for Disease Control and Prevention, US Department of HHS. Интернет ресурс - <http://www.cdc.gov/physicalactivity/everyone/health/index.html> - Последнее обновление: 16 февраля 2011.
8. Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин и соавт. Место аутопсии среди современных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний (по результатам российского многоцентрового эпидемиологического исследования заболеваемости, смертности, качества диагностики и лечения острых форм ИБС «РЕЗОНАНС»). СЕРДЦЕ: Журнал для практикующих врачей», 2010 г., №4. Интернет ресурс. - <http://medic.ossn.ru/publications/magazine/1450/>
9. Palliative Care: the Solid Facts, WHO 2004.

### III. Правовые и организационные основы профилактики хронических неинфекционных заболеваний

В большинстве стран мира имеется успешный опыт в борьбе с инфекционными болезнями, чего нельзя сказать о контроле ХНИЗ. В нашей стране это направление деятельности осуществлялось несистемно, в условиях недостаточного нормативно-правового регулирования, отсутствия полноценной инфраструктуры медицинской профилактики. Однако за последние 1-2 года ситуация в этой области стала кардинальным образом изменяться.

Основой нормативно-правовой базы профилактики ХНИЗ и формирования у населения России здорового образа жизни в конце 2011 года стал Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который:

- впервые ввел заботу о сохранении своего здоровья в обязанности граждан (статья 27);
- конкретизировал содержание понятий профилактики ХНИЗ и формирования здорового образа жизни (статья 30):
  - «Профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни».
  - «Формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, включая занятия физической культурой и спортом»;
- включил в первичную медико-санитарную помощь мероприятия по профилактике и формированию здорового образа жизни (статья 33);
- конкретизировал понятия диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения (статья 46);
- обязал все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление, проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения (статья 79).

В 2013 году в России на законодательном уровне решена проблема борьбы с одним из важнейших факторов риска ХНИЗ - потреблением табака. Федеральный закон «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», принятый Государственной Думой РФ 13 февраля 2013 года вступает в силу 1 июня 2013 г. (большинство статей). Указанным законом определено, что «медицинская помощь, направленная на прекращение потребления табака, лечение табачной зависимости и последствий потребления табака, оказывается на основе стандартов медицинской помощи и в соответствии с порядком оказания медицинской помощи». Всем гражданам, желающим отказаться от курения, должна быть обеспечена возможность получения необходимой медицинской помощи.

Системность и комплексность проводимых в нашей стране мероприятий по профилактике ХНИЗ обеспечивает разработанная Минздравом России при участии других министерств и ведомств *Государственная программа развития здравоохранения в Российской Федерации* (утверждена распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года) и ее *подпрограмма № 1 «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни»*.

По инициативе Минздрава России ведется планомерная работа в направлении разработки программ развития здравоохранения субъектов РФ, включающих как обязательный компонент подпрограмму «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни». Создание региональных программ на основе глубокой аналитической работы с учетом региональных особенностей направлено на достижение общих для страны показателей

2020 году. Государственная программа развития здравоохранения в Российской Федерации и созданная на ее основе «дорожная карта» являются матрицей для составления региональных программ развития здравоохранения.

### 3.1 Сферы ответственности учреждений здравоохранения в области профилактики ХНИЗ

В целях реализации положений вышеуказанных нормативно-правовых документов по формированию ЗОЖ и профилактики ХНИЗ среди населения в здравоохранении нашей страны идет активное создание системы профилактических учреждений и подразделений (инфраструктуры профилактики ХНИЗ), предусматривающей вовлечение в профилактическую работу всех медицинских организаций, конкретизацию их функций и взаимодействия (учреждений ПМСП, санаторно-курортных, стационарных лечебных учреждений). Создаваемая инфраструктура профилактики ХНИЗ включает:

- *республиканские (областные, краевые) центры медицинской профилактики*, являющиеся самостоятельными юридическими лицами (приказ Минздрава России от 23.09.2003 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»). Основные функции ЦМП представлены в Приложении 1. Научно-методическое руководство деятельностью ЦМП осуществляет ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России;
- *городские (районные, межрайонные) центры медицинской профилактики*: в городах и районах с населением более 250 тыс. чел. как самостоятельные юридические лица; в городах с меньшей численностью населения функции городского (районного) ЦМП возлагаются на один из центров здоровья или отделение медицинской профилактики. Организационно-методическое руководство деятельностью городских (районных) ЦМП и экспертизу качества предоставляемых ими профилактических услуг осуществляет субъектовый (республиканский, областной, краевой) ЦМП;
- *центры здоровья для взрослых*, в том числе, сформированные на базе центральных районных больниц, обслуживающих сельское население. Научно-методическое руководство ЦЗ осуществляет Федеральный координационно-методический ЦЗ на базе ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилакти-

ческой медицины» Минздрава России. Непосредственное организационно-методическое руководство деятельностью ЦЗ и экспертизу качества предоставляемых ими профилактических услуг осуществляет городской (районный) ЦМП;

- *отделения медицинской профилактики* в составе поликлиник и центров общей врачебной практики (семейной медицины), а также в ряде центров здоровья. Организационно-методическое руководство деятельностью ОМП и экспертизу качества предоставляемых ими профилактических услуг осуществляет городской (районный) ЦМП;
- *кабинеты медицинской профилактики* в составе небольших поликлиник, амбулаторий, ЦЗ, диспансеров, стационарных лечебных учреждений, санаторно-курортных учреждений. Организационно-методическое руководство деятельностью КМП и экспертизу качества предоставляемых ими профилактических услуг осуществляет городской (районный) ЦМП;
- *кабинеты медицинской помощи по отказу от курения* в составе ОМП, санаторно-курортных и стационарных лечебных учреждений. Организационно-методическое руководство деятельностью кабинетов медицинской помощи по отказу от курения и экспертизу качества предоставляемых ими профилактических услуг осуществляет городской (районный) ЦМП.

Кроме перечисленных структур в реализации профилактических мер принимают участие *кабинеты психологической (психотерапевтической) помощи*, в т.ч. по индивидуальной и групповой коррекции поведенческих факторов риска ХНИЗ. Организационно-методическое руководство этим направлением деятельности кабинетов психологической (психотерапевтической) помощи и экспертизу качества предоставляемых ими профилактических услуг осуществляет городской (районный) ЦМП.

Основные направления деятельности перечисленных структур представлены в Приложении 1.

Высшим коллективным органом выработки стратегии и тактики, построения и функционирования профилактических структур, формирования ЗОЖ среди населения и профилактики НИЗ является *профильная комиссия Экспертного совета Минздрава России по профилактической медицине*, действующая на общественных началах. В состав профильной комиссии включаются главные внештатные специалисты по профилак-

ческой медицине органов управления здравоохранением всех субъектов Российской Федерации, руководители субъектов (республиканских, областных, краевых) ЦМП,

ведущие ученые и специалисты, представители профессиональных медицинских обществ и ассоциаций в области профилактической медицины.

## **IV. Организация профилактики хронических неинфекционных заболеваний в рамках первичной медико-санитарной помощи**

Решающая роль ПМСП в сфере контроля ХНИЗ была подчеркнута Генеральным директором ВОЗ Маргарет Чен в речи на Всемирной ассамблее здравоохранения в мае 2011 года: *«Безусловно, нам нужны профилактические меры в отношении неинфекционных заболеваний, охватывающие широкие слои населения, разработанные вместе с другими секторами, но нам также необходимо оказывать помощь отдельным людям. Нам необходимо в самые ранние сроки выявлять заболевания, лечить их, следить за осложнениями и часто предоставлять длительную или даже пожизненную медицинскую помощь. Я глубоко убеждена в том, что первичная медико-санитарная помощь является единственным реально действенным и эффективным способом достижения этого».*

В нашей стране фундаментальную роль в формировании структур медицинской профилактики и организации профилактики ХНИЗ на уровне ПМСП имеет приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», который включил в основные задачи поликлиники и центра общей врачебной практики (семейной медицины) организацию и проведение мероприятий по пропаганде ЗОЖ, раннее выявление ХНИЗ и ФР их развития, оказание медицинской помощи пациентам по медикаментозной и немедикаментозной коррекции выявленных ФР, диспансерное наблюдение лиц с высоким риском развития ХНИЗ.

Для выполнения вышеуказанных задач в структуре поликлиники предусматриваются следующие подразделения, их штаты и оснащение:

- отделение (кабинет) медицинской профилактики;
- кабинет медицинской помощи по отказу от курения;
- помещения (учебные классы, аудитории) для проведения групповой профилактики (школ здоровья).

Приказ ввел правила организации деятельности отделения (кабинета) медицинской профилактики и правила организации деятельности центра здоровья, его штаты и оснащение.

Основные мероприятия по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ включены в задачи не только врачебной амбулатории, но и врачебного (фельдшерского) здравпункта и фельдшерско-акушерского пункта (далее ФАП), в частности они обязаны:

- осуществлять мероприятия по профилактике заболеваний среди населения и формированию ЗОЖ;
- проводить мероприятия по санитарно-гигиеническому просвещению и укреплению здоровья населения, включая обучение населения правилам оказания первой помощи;
- выявлять курящих, лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;
- осуществлять оказание медицинской помощи курящим и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации.

В стандарт оснащения ФАПа и фельдшерского здравпункта введено необходимое оснащение для выполнения указанных задач.

### **4.1 Диспансеризация, профилактические медицинские осмотры населения**

Значительный вклад в развитие профилактического направления деятельности первичного звена здравоохранения внес приказ Минздрава России от 3 декабря 2012г., № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», согласно которому диспансеризация взрослого населения проводится путем обследования населения в целях:

- раннего выявления ХНИЗ, основных ФР их развития, туберкулеза, а также потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача;

- определения группы состояния здоровья, необходимых профилактических, лечебных, реабилитационных и оздоровительных мероприятий для лиц, имеющих заболевания (состояния) или ФР их развития, а также для здоровых лиц;
- проведения краткого профилактического консультирования больных и здоровых граждан, а также проведения индивидуального углубленного профилактического консультирования и групповых методов профилактики (школ пациентов) для пациентов с высоким и очень высоким суммарным СС риском;
- определения группы диспансерного (динамического) наблюдения граждан с выявленными заболеваниями (состояниями), а также здоровых граждан, имеющих высокий и очень высокий суммарный СС риск.

*Основными особенностями нового Порядка диспансеризации являются:*

- участковый принцип ее организации;
- возложение ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения на ее руководителя и на отделение (кабинет) медицинской профилактики (в том числе входящий в состав ЦЗ), а ответственности за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в том числе цехового, участка — на врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей практики (семейного врача);
- двухэтапный принцип проведения диспансеризации; первый этап диспансеризации (скрининг) проводится для выявления признаков ХНИЗ, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза на втором этапе диспансеризации; первый этап заканчивается приемом врача-терапевта, включающим определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения и проведение краткого профилактического консультирования; второй этап проводится для дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает проведение целого ряда инструментально-лабораторных методов исследования и осмотров специалистов по показаниям, определенным на первом этапе;
- дифференцированный набор инструментально-лабораторных методов исследования в целях повышения вероятности раннего выявления наиболее часто встречающихся для данного пола и возраста ХНИЗ;
- введение нового принципа определения группы состояния здоровья (сокращение до 3 групп) с дифференцированной тактикой для каждой группы (см. раздел I рекомендаций); обязательное проведение профилактического консультирования в целях коррекции ФР уже в процессе медицинского осмотра в рамках диспансеризации.

Без учета отдельных категорий граждан, проходящих диспансеризацию в соответствии с иными законодательными и нормативными правовыми актами Российской Федерации, ежегодно диспансеризации, начиная с 2013г., будут подлежать около 23 млн. человек. Безусловно, потребуются тщательная подготовка каждой медицинской организации, участвующей в диспансеризации, и, главным образом, это коснется поликлиник.

Согласно нового Порядка диспансеризации ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения обслуживаемого участка является участковый врач. В настоящее время в стране менее половины поликлиник для взрослых (самостоятельных и в составе других ЛПУ) имеют отделения (кабинеты) медицинской профилактики, что определяет необходимость в короткие сроки провести большую организаторскую работу по формированию указанных подразделений в медицинских организациях, принимающих участие в диспансеризации.

Безусловно, проведение диспансеризации увеличит нагрузку на учреждения ПМСП. Расчеты показывают, что нагрузка на участкового врача-терапевта возрастет ориентировочно на 10%. Проведение первого этапа увеличит нагрузку на кабинеты ультразвуковой диагностики, маммографии, флюорографии, при отсутствии в учреждении прибора для бесконтактного определения внутриглазного давления может возрасти нагрузка на кабинет офтальмолога. Второй этап диспансеризации повысит нагрузку на лабораторную службу, врача-невролога, врача-хирурга, врача-уролога, врача-офтальмолога, кабинет дуплексного сканирования сонных артерий, фиброгастроуденоскопии и фиброколоноскопии.

Опыт всеобщей диспансеризации 80-х годов прошлого столетия показал, что при ежегодном проведении она является слишком большой нагрузкой для системы здравоохранения. Однако, очевидно, что чем боль-

ше интервал времени между медицинскими осмотрами, тем больше вероятность при обследовании выявить болезнь на поздних стадиях, пропустить начало развития, так как известно, что большинство ХНИЗ имеют длительных латентный период течения. В связи с этим, согласно статьи 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрено проведение профилактических медицинских осмотров в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

Организацию проведения профилактического медицинского осмотра регламентировал приказ Минздрава России от 6 декабря 2012 г., № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (зарегистрирован Минюстом России 29 декабря 2012 г., регистрационный № 26511).

*Профилактический медицинский осмотр*, в отличие от диспансеризации, включает меньший объем обследования, проводится за один этап, одним врачом-терапевтом участковым в любом возрастном периоде взрослого человека по его желанию, но не чаще чем 1 раз в 2 года (в год проведения диспансеризации профилактический медицинский осмотр не проводится).

В спектр скрининговых исследований профилактического медицинского осмотра включаются преимущественно те исследования из перечня исследований первого этапа диспансеризации, которые имеют диагностическую значимость при более частом проведении, т.е. чаще чем проводится диспансеризация (1 раз в 3 года) — анкетирование, измерение АД, флюорография, маммография, исследование кала на скрытую кровь, определение общего ХС, глюкозы крови, определение суммарного СС риска. В отличие от диспансеризации, при профилактическом медицинском осмотре все дополнительные исследования и осмотры специалистов проводятся вне рамок профилактического медицинского осмотра. Пациенты проходят необходимое дополнительное обследование и осмотры врачей-специалистов по обращению на основании результата профилактического осмотра и направления участкового врача.

В соответствии с утвержденными Порядками проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров одной из основных задач является уста-

новление *диспансерного (динамического) наблюдения* пациентов врачом-терапевтом участковым или врачом (фельдшером) ОМП (КМП).

Согласно Порядка проведения диспансерного наблюдения (приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н) диспансерному наблюдению подлежат пациенты с ХНИЗ, а также имеющие высокий риск их развития, пациенты, находящиеся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений). Диспансерное наблюдение является составной частью комплекса мероприятий по диспансеризации населения и проведения профилактических медицинских осмотров.

Диспансерное наблюдение должны осуществлять участковый врач, врачи-специалисты (по профилю заболевания гражданина). Врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики осуществляет диспансерное наблюдение пациентов без доказанных ССЗ с высоким и очень высоким суммарным СС риском, а также фельдшер фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского здравпункта) в случае возложения на него функций лечащего врача.

*Диспансерный прием (осмотр, консультация) при осуществлении диспансерного наблюдения пациента включает:*

- оценку состояния гражданина, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- назначение и оценку лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- проведение краткого профилактического консультирования;
- назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление в медицинскую организацию, оказывающую специализированную (высокотехнологичную) медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или ЦЗ для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и/или группового профилактического консультирования (школ пациента);
- разъяснение пациентам с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил неотложных действий и необходимости раннего вызова скорой медицинской помощи при их развитии.



## 4.2 Роль врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врачей-специалистов, медицинской сестры, фельдшера в профилактике ХНИЗ

Основными задачами участкового врача (фельдшера) при проведении диспансеризации являются:

- составление списков граждан, подлежащих диспансеризации в текущем календарном году, и плана проведения диспансеризации с учетом возрастной категории граждан;
- активное привлечение населения участка на диспансеризацию, информирование об ее целях и задачах, объеме проводимого обследования и графике работы подразделений медицинской организации, участвующих в проведении диспансеризации, необходимых подготовительных мероприятиях, а также повышение мотивации населения к прохождению диспансеризации, в том числе путем проведения разъяснительных бесед на уровне семьи, организованных коллективов;
- проведение медицинского осмотра гражданина по итогам первого и второго этапов диспансеризации, установление диагноза заболевания (состояния), определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения (с учетом заключений врачей-специалистов), назначение необходимого лечения, при наличии медицинских показаний направление на дополнительные диагностические исследования, не входящие в объем диспансеризации, для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение;
- проведение краткого профилактического консультирования, направление граждан с выявленными ФР развития ХНИЗ в ОМП, КМП или ЦЗ для оказания медицинской помощи по коррекции ФР;
- участие в оформлении (ведении) учетной и отчетной медицинской документации, в том числе паспорта здоровья, форма которого утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- подведение итогов диспансеризации.

В повседневном режиме вне выполнения задач диспансеризации участковый врач несет ответственность за проведение своим пациентам всего комплекса мероприятий первичной и вторичной профилактики ХНИЗ, включая проведение углубленного профи-

лактического консультирования и школ здоровья, в частности он:

- 1) самостоятельно проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР и школу для больных своего участка, находящихся под его диспансерным наблюдением (таблица 4.1.), а также для других больных своего участка, получающих лекарственные препараты по поводу заболеваний и нуждающихся в применении лекарственных препаратов для коррекции факторов риска ХНИЗ; при необходимости участковый врач направляет пациентов этой группы к врачу-специалисту, в т.ч. врачу-психотерапевту или психологу;
- 2) направляет пациентов без доказанного ХНИЗ и нуждающихся в применении лекарственных препаратов для коррекции факторов риска ХНИЗ к врачу КМП или центра здоровья, имеющему право на проведение фармакотерапии, который проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР и школу здоровья для этих пациентов (участковый врач принимает участие в проведении указанной школы); при отсутствии врача КМП или ЦЗ с правом на проведение фармакотерапии, указанные профилактические мероприятия пациентам этой группы проводит участковый врач с участием врача (фельдшера) КМП, не имеющего права фармакотерапии;
- 3) направляет пациентов (больных и здоровых с риском заболеваний), не нуждающихся в применении лекарственных препаратов для коррекции факторов риска ХНИЗ к врачу (фельдшеру) КМП или ЦЗ, не имеющему право на проведение фармакотерапии, который проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР и школу здоровья для этих пациентов (участковый врач принимает участие в проведении указанной школы);
- 4) оказывает врачу (фельдшеру) КМП консультативную помощь по фармакокоррекции факторов риска ХНИЗ и участвует в проведении школ для пациентов.

Перечень заболеваний, по поводу которых проводится диспансерное наблюдение участковым врачом-терапевтом, приведен в таблице 4.1.

Европейское общество кардиологов (ESC) совместно с Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации (EACPR) на основе исследований D.A. Wood и соавт. (2008), K.Berra и соавт. (2006) и K.Berra и соавт. (2011) пришли к заключению о достоверной пользе участия среднего медицинского персонала (специально обу-

ченной медицинской сестры, фельдшера) в практической деятельности по профилактике ССЗ в учреждениях ПМСП (класс IIa пользы, уровень B доказательств) [4].

Врачи-специалисты учреждений ПМСП проводят пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением, полный комплекс мероприятий вторичной профилактики ХНИЗ, включая проведение углубленного профилактического консультирования и школ здоровья для пациентов. В первую очередь, это относится к врачам-специалистам, осуществляющим лечение больных с ХНИЗ: кардиологам, неврологам, эндокринологам, пульмонологам и терапевтам-онкологам. В настоящих рекомендациях содержатся разделы по особенностям профилактики ССЗ, цереброваскулярных заболеваний, злокачественных новообразований, хронических заболеваний бронхо-легочной системы и сахарного диабета. На *врачей-диетологов* возлагается функция проведения первичной и вторичной профилактики заболеваний, обусловленных нездоровым (нерациональным) питанием, коррекции избыточной массы тела, особенно, абдоминального ожирения, оказания медицинской помощи пациентам с ожирением и алиментарно-зависимыми факторами риска.

*Врачи-специалисты нетерапевтического профиля, фельдшер здравпункта, фельдшер ФАП в сфере профилактики ХНИЗ должны выявлять факторы риска ХНИЗ; проводить пациентам с ФР краткое профилактическое консультирование (см. раздел XIII рекомендаций), убеждать в необходимости снижения повышенных уровней ФР, направлять их для коррекции ФР в кабинет медицинской профилактики или в центр здоровья.*

### 4.3 Основные задачи медицинских работников отделения (кабинета) медицинской профилактики

Основными задачами отделения (кабинета) медицинской профилактики медицинской организации, в том числе находящегося в составе центра здоровья, при проведении диспансеризации являются:

- участие в информировании населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации, о проведении диспансеризации, ее целях и задачах, проведение разъяснительной работы и мотивирование населения к прохождению диспансеризации;
- инструктаж граждан, прибывших на диспансеризацию, о порядке ее прохождения, последовательности проведения обследований;
- выполнение доврачебных медицинских исследований первого этапа диспансе-

ризации (анкетирование, направленное на выявление ХНИЗ, ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, антропометрия, расчет индекса массы тела, измерение АД, определение уровня общего ХС и глюкозы в крови экспресс-методом, измерение внутриглазного давления бесконтактным методом);

- определение ФР ХНИЗ на основании единых установленных диагностических критериев;
- формирование комплекта документов, включая заполнение учетных и отчетных форм, паспорта здоровья;
- учет граждан, прошедших каждый этап диспансеризации;
- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование или групповое профилактическое консультирование (школа пациента) по направлению участкового врача для граждан, отнесенных ко II и III группам состояния здоровья, в рамках второго этапа диспансеризации;
- разъяснение пациентам с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ними проживающим, правил действий (само- и взаимопомощи) при их развитии, включая своевременный вызов скорой медицинской помощи.

В повседневном режиме *вне выполнения задач диспансеризации* врач заведующий отделением (кабинетом) медицинской профилактики несет ответственность за планирование, проведение и контроль всей работы по первичной и вторичной профилактике ХНИЗ в учреждении, за взаимодействие с территориальным (районным, городским) ЦМП и ЦЗ, а также с другими учреждениями здравоохранения, образовательными, научными и общественными организациями, имеющими отношение к профилактике ХНИЗ и формированию здорового образа жизни населения.

В повседневном режиме *вне задач диспансеризации* врач отделения (кабинета) медицинской профилактики, имеющий право на проведение фармакотерапии при работе с пациентами, выполняет следующие функции:

- 1) проводит углубленное профилактическое консультирование, коррекцию ФР у пациентов без доказанных ХНИЗ и нуждающихся в применении лекарственных средств для их коррекции; при показаниях направляет пациентов к врачу-специалисту, в т.ч. врачу-психотерапевту или психологу для консультации и специальных методов коррекции ФР;

Таблица 4.1. **Перечень заболеваний (состояний), по поводу которых проводится диспансерное наблюдение участковым врачом-терапевтом\***

№	Заболевание (состояние)
1	Хроническая ИБС без жизнеугрожающих нарушений ритма, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) не выше II ФК
2	Состояние после перенесенного инфаркта миокарда по прошествии более 12 мес, при отсутствии стенокардии или при наличии стенокардии I-II ФК со стабильным течением, ХСН не выше II ФК
3	Стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением у лиц трудоспособного возраста
4	Стенокардия напряжения I-IV ФК со стабильным течением у лиц пенсионного возраста
5	Артериальная гипертония I-III степени у лиц с контролируемым АД на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов
6	Легочная гипертензия I-II ФК со стабильным течением
7	Состояние после перенесенного неосложненного хирургического и рентген-эндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии 6 мес от даты операции
8	Состояние после перенесенного осложненного хирургического и рентген-эндоваскулярного лечения сердечно-сосудистых заболеваний по прошествии более 12 мес от даты операции
9	ХСН I-III ФК, стабильное состояние
10	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная и персистирующая формы при эффективной профилактической антиаритмической терапии)
11	Фибрилляция и (или) трепетание предсердий (пароксизмальная, персистирующая и постоянная формы с эффективным контролем ЧСС на фоне приема лекарственных препаратов)
12.	Предсердная и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии при эффективной профилактической антиаритмической терапии
13	Эзофагит (эозинофильный, химический, лекарственный)
14	Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (без цилиндроклеточной метаплазии — пищевода Барретта)
15	Язвенная болезнь желудка
16	Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
17	Хронический атрофический фундальный и мультифокальный гастрит
18	Полипы (полипоз) желудка
19	Дивертикулярная болезнь кишечника. Легкое течение
20	Полипоз кишечника, семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейтца—Егерса, синдром Турко
21	Состояние после резекции желудка (по прошествии более 10 лет после операции)
22	Рубцовая стриктура пищевода
23	Рецидивирующий и хронический бронхит
24	Хроническая обструктивная болезнь легких нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии
25	Посттуберкулезные и постпневмонические изменения в легких без дыхательной недостаточности
26	Состояние после перенесенного плеврита
27	Бронхиальная астма (медикаментозно контролируемая)
28	Пациенты, перенесшие острую почечную недостаточность, в стабильном состоянии, с хронической почечной недостаточностью I стадии
29	Пациенты, страдающие хронической болезнью почек (независимо от ее причины и стадии), с подобранным лечением, в стабильном состоянии
30	Пациенты, относящиеся к группам риска поражения почек

31	Остеоартроз мелких и средних суставов, остеоартроз крупных суставов без синовита, не нуждающийся в эндопротезировании, в стабильном состоянии, после консультации врача-ревматолога
32	Воспалительные заболевания суставов и позвоночника и системные заболевания соединительной ткани вне обострения по рекомендации врача-ревматолога
33	Метаболические заболевания суставов (подагра, псевдоподагра, охроноз и другие) по рекомендации врача-ревматолога
34	Хронические ревматические заболевания сердца (пороки) без признаков воспалительной активности
35	Первичный остеопороз (постменопаузальный и сенильный) — по рекомендации врача-ревматолога или другого врача-специалиста
36	Инсулиннезависимый сахарный диабет (2-й тип)
37	Инсулинзависимый сахарный диабет с подобранной дозой инсулина и стабильным течением
38	Последствия перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения со стабильным течением по прошествии 6 мес после острого периода
39	Деменции, иные состояния, сопровождающиеся когнитивными нарушениями, со стабильным течением
40	Последствия легких черепно-мозговых травм, не сопровождавшихся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением
41	Последствия травмы нервной системы, сопровождавшейся нейрохирургическим вмешательством, со стабильным течением по истечении 6 мес после операции
42	Стеноз внутренней сонной артерии от 40 до 70%

Примечание. \*В диагностике и подборе лечения практически всех заболеваний (состояний), по поводу которых проводится диспансерное наблюдение участковым врачом-терапевтом, участвует врач-специалист по профилю заболевания, который дает конкретные рекомендации участковому врачу-терапевту по объему и частоте диспансерных исследований и осмотров пациента.

- 2) организует и проводит с участием психотерапевта (психолога), участкового врача, а в необходимых случаях и других врачей-специалистов, школы здоровья для групп пациентов (здоровых и больных), нуждающихся в фармакологической коррекции факторов риска ХНИЗ;
- 3) направляет пациентов, без доказанных ХНИЗ и не нуждающихся в применении лекарственных средств для коррекции ФР, к врачу (фельдшеру) КМП, не имеющему права проведения фармакотерапии (при отсутствии в медицинской организации указанных специалистов самостоятельно проводит пациентам этой группы углубленное профилактическое консультирование и школы здоровья)
- 4) оказывает врачу (фельдшеру) КМП, не имеющему права на фармакотерапию, консультативную помощь по фармакокоррекции факторов риска ХНИЗ и принимает участие в проведении школ для пациентов.
- 1) проводит углубленное профилактическое консультирование и коррекцию факторов риска ХНИЗ у пациентов, не нуждающихся в применении лекарственных средств для коррекции ФР; при показаниях направляет пациентов к врачу-специалисту, в т.ч к врачу-психотерапевту или психологу для консультации и специальных методов коррекции ФР;
- 2) организует и проводит с участием психотерапевта (психолога), участкового врача, а в необходимых случаях и других врачей-специалистов, школы здоровья для пациентов;
- 3) направляет пациентов, нуждающихся в назначении лекарственных средств для коррекции ФР, к врачу (фельдшеру) КМП, имеющему право проведения фармакотерапии, или к участковому врачу и оказывает им помощь в проведении динамического наблюдения за указанными пациентами.

В повседневном режиме вне задач диспансеризации врач (фельдшер) отделения (кабинета) медицинской профилактики, не имеющий права на проведение фармакотерапии при работе с пациентами, выполняет следующие функции:

Желательно, чтобы все медицинские работники, особенно участвующие в профилактическом консультировании пациентов и коррекции ФР, начали с себя, избавились от имеющих факторов риска ХНИЗ, что оказывает существенное положительное влияние на эффективность профилактической работы [5, 6].

## Список использованных источников информации

1. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, Jennings C, Mead A, Jones J, Holden A, De Bacquer D, Collier T, De Backer G, Faergeman O. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371:1999–2012.
2. Berra K, Miller NH, Fair JM. Cardiovascular disease prevention and disease management: a critical role for nursing. *J Cardiopulm Rehabil* 2006;26:197–206.
3. Berra K, Fletcher BJ, Hayman LL, Miller NH. Global cardiovascular disease prevention: a call to action for nursing: the global burden of cardiovascular disease. *J Cardiovasc Nurs* 2011;26:S1–S2.
4. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701.
5. Hung OY et al. Healthier personal habits of primary care physicians increase the likelihood of their recommending lifestyle modifications for their hypertensive patients that are consistent with the national guidelines. *EPI|NPAM 2012*; March 14, 2012; San Diego, CA. Abstract P136.
6. Garcia de Quevedo I, Lobelo F. Healthcare providers as role models for physical activity. *EPI|NPAM 2013*; New Orleans, LA, March 21, 2013. Abstract P420.

## V. Профилактические медицинские услуги, оказываемые населению в период проведения диспансеризации и профилактического медицинского осмотра

ВОЗ выделяет три основных элемента стратегии функционирования ПМСП в отношении профилактики и борьбы с ХНИЗ: (1) четкий алгоритм и механизм выявления факторов риска ХНИЗ и целенаправленное корректирующее воздействие на них; (2) механизм раннего выявления ХНИЗ путем массового скрининг-обследования населения; и (3) механизм подтверждения диагноза ХНИЗ объективными методами исследования, проведения лечения с последующим динамическим наблюдением, а при необходимости, направлением пациентов на специализированные медицинские вмешательства на основе использования стандартных протоколов [1]. С целью реализации этой стратегии в нашей стране разработаны новые порядки проведения диспансеризации, профилактического медицинского осмотра и диспансерного наблюдения взрослого населения страны (см. раздел IV рекомендаций).

В перечень профилактических и скрининговых медицинских услуг, оказываемых населению при диспансеризации и профилактическом медицинском осмотре, преимущественно включены услуги с высоким классом (рангом) пользы и с достаточным уровнем доказательств этой пользы (см. раздел

I рекомендаций). Однако ряд медицинских услуг второго этапа диспансеризации не носит профилактического характера, так как выполняется лицам с выявленным подозрением на заболевание (состояние) и поэтому имеет дифференциально-диагностическое, уточняющее значение. Диспансеризация и профилактические медицинские осмотры предусмотрены к проведению на протяжении всей жизни человека — диспансеризация проводится 1 раз в 3 года, начиная с возраста 21 года, профилактический осмотр — 1 раз в два года (в год проведения диспансеризации профилактический осмотр не проводится). Такое периодическое пожизненное медицинское обследование имеет высокий класс пользы и уровень доказательств [2] (Табл. 5.1).

*Первый этап диспансеризации (скрининг)* проводится с целью выявления признаков ХНИЗ, ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации, и

Таблица 5.1. **Рекомендация по программе предоставления профилактических услуг [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Меры по предотвращению ССЗ должны быть включены в повседневную жизнь каждого человека, начиная с раннего детства и на протяжении всей последующей жизни	IIa	B

включает в себя нижеследующие скрининговые и профилактические мероприятия (услуги)<sup>1</sup>.

1. *Опрос (анкетирование)*, направленное на выявление ХНИЗ, ФР их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача.

Опрос (анкетирование) проводится по унифицированной анкете, медперсоналом ОМП (КМП).

Анкеты содержат блоки вопросов, включающие формулировки с доказанной диагностической значимостью, что позволяет повысить специфичность выявления признаков ХНИЗ, состояний и нарушений (вероятность ИБС, инсульта и ТИА, АГ, СД, туберкулеза, хронического заболевания или новообразования легких, онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта и простаты), а также поведенческих факторов риска (потребления табака, нерационального питания, низкой физической активности, риска пагубного потребления алкоголя, риска наличия зависимостей от потребления психотропных или наркотических веществ без врачебного назначения).

2. *Антропометрия* (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела.

Европейская ассоциация кардиоваскулярной профилактики и реабилитации и Специальная группа по профилактическим услугам США (USPSTF) рекомендует проведение скрининга взрослому населению на выявление ожирения, однако оптимальная периодичность такого скрининга не определена [4].

Следует иметь в виду, что ИМТ не является критерием ожирения при беременности, у спортсменов, лиц с выраженным гиперстеническим типом телосложения, при наличии периферических отеков. Кроме того, описаны случаи, когда лица с нормальным ИМТ имеют висцеральное (абдоминальное) ожирение.

Значительное упрощение процедуры определения избыточной МТ и ожирения предложили М.Е. Lean, и соавторы (1995), показавшие высокодостоверную связь ИМТ и окружности талии, как у мужчин, так и у женщин. Величина окружности талии ( $\geq 94$  см для мужчин и  $\geq 80$  см для женщин) идентифицирует пациентов с высоким индексом массы тела ( $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) с чувствительностью более 96% и специфичностью более 97,5%. Величина окружности талии ( $\geq 102$  см для мужчин и  $\geq 88$  см для женщин)

идентифицирует пациентов с высоким индексом массы тела ( $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>) с чувствительностью более 96% и специфичностью более 98%. Han T.S. и соавторы (1995) и Janssen I. и соавторы (2004) показали, что окружность талии является значимым ФР ССЗ и диабета, даже более значимым, чем величина индекса массы тела. По данным А. J. Cameron и P.Z. Zimmet (2008), при увеличении окружности талии общий риск смерти достоверно возрастает. В 2008 году ВОЗ рекомендовала учитывать величину окружности талии для определения риска развития не только метаболических нарушений, но и заболеваний, связанных с избыточной массой тела [9].

3. *Измерение артериального давления.*

Специальная группа по профилактическим услугам США (USPSTF) относит скрининг населения на повышенный уровень АД к рекомендациям высшей степени пользы (ранг А рекомендации) и определяет оптимальный интервал для скрининга:

- каждые 2 года для лиц с АД менее 120/80 мм рт. ст.
- ежегодно для лиц с систолическим АД от 120 до 139 мм рт. ст. и диастолическим АД от 80 до 90 мм рт. ст. [10].

4. *Определение уровня общего холестерина в крови экспресс-методом.*

Скрининговое определение уровня общего ХС в крови проводится для выявления его повышения как основного фактора риска развития ССЗ и для определения суммарного СС риска по шкале SCORE. Европейское общество кардиологов (ESC) и Европейское общество атеросклероза относит исследование общего ХС для оценки риска ССЗ к рекомендациям высокого класса пользы (класс I рекомендации), но низкого уровня доказательности (уровень C) [11].

5. *Определение суммарного сердечно-сосудистого риска* (для лиц в возрасте до 65 лет).

Методика определения суммарного СС риска по шкале SCORE разработана ESC совместно с Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации (EACPR) [3] и представлена в Приложении 5. Эксперты ESC и EACPR относят рекомендацию по оценке СС риска к высшему классу пользы (Табл. 5.2.).

6. *Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом.*

Специальная группа по профилактическим услугам США (USPSTF) скрининг уровня глюкозы в крови считает обоснованным (ранг В рекомендации) только у лиц с АД выше 135/80 мм рт. ст. В отношении других групп населения для однозначного заключения недостаточно научных данных. Американская ассоциация диабета реко-

<sup>1</sup> Перечисленные методы обследования содержат обоснование для их применения на основе опыта международных профессиональных сообществ и мнения экспертов по проблеме

Таблица 5.2. **Рекомендации по оценке риска сердечно-сосудистых заболеваний [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Оценка суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE у взрослых лиц без доказанных ССЗ	I	C

мендует тестирование сахара в крови у всех взрослых в возрасте 45 лет и старше, особенно у лиц с ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup> и более, а также считает целесообразным скрининг сахара в крови у всех лиц с ФР сахарного диабета, к которым относятся:

- возраст 45 лет и старше;
- индекс массы тела 25 кг/м<sup>2</sup> и более;
- наличие СД у родителей, братьев или сестер;
- наличие гипергликемии в период беременности (гестационный диабет) или рождение ребенка весом более 4 кг;
- наличие эпизодов повышения сахара в крови в анамнезе;
- артериальное давление 140/90 мм рт. ст. или выше;
- дислипидемия, или повышение уровня триглицеридов;
- сидячий образ жизни, низкая физическая активность;
- поликистоз яичников;
- акантоз — гиперпигментация кожи, обычно расположенная в складках тела (на шее, в подмышечной впадине, в паху) и в других областях.

Учитывая высокую распространенность перечисленных ФР (70-80% взрослого населения), значительное и постоянное увеличение заболеваемости СД в России, экспресс-метод определения уровня глюкозы крови проводится всем гражданам при прохождении диспансеризации и профилактического осмотра. Оптимальный интервал скрининга уровня глюкозы в крови не изучен. Американская ассоциация диабета, на основе мнения экспертов, рекомендует его проводить каждые 3 года, а у лиц с предиабетом — ежегодно.

7. *Электрокардиография в покое* (при первичном прохождении диспансеризации, в дальнейшем для мужчин в возрасте 35 лет и старше, для женщин 45 лет и старше).

Проведение ЭКГ-покоя в качестве скринингового теста для прогнозирования развития ИБС у лиц без симптомов ИБС, по мнению USPSTF, считается более вредным, чем полезным (ранг D рекомендации). В то же время эксперты USPSTF считают, что недостаточно научных данных для определения баланса пользы и вреда от скринингового проведения ЭКГ покоя у взрослых лиц

со средним или высоким риском ССЗ (ранг рекомендации: I заявление) [13]. Несмотря на заключения экспертов USPSTF, в программу профилактических услуг самых массовых страховых компаний США Medicare и Medicaid входит проведение ЭКГ-покоя всем застрахованным этими компаниями. Учитывая указанные обстоятельства, а также использование ЭКГ покоя не только для выявления и прогноза ИБС, но и для оценки наличия и степени выраженности гипертрофии (перегрузки) отделов сердца, нарушенного ритма и проводимости, позволяющих осуществлять прогнозирование ФП, сердечной недостаточности и сердечной причины смерти [25], электрокардиография в покое введена в программу диспансеризации граждан России, указанным возрастным группам мужчин и женщин.

8. *Осмотр фельдшера* (акушерки), включая взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование (для женщин).

Взятие мазка с шейки матки на цитологическое исследование в качестве скринингового теста на выявление рака шейки матки проводится в большинстве развитых стран мира и рекомендовано для применения во всех странах ВОЗ [14]. USPSTF рекомендует скрининг на рак шейки матки у женщин в возрасте от 21 до 65 лет с цитологическим исследованием (мазок Папаниколау) каждые 3 года (ранг А рекомендации) [15]. Метод окраски мазка по Папаниколау получил международное признание как метод с высокой диагностической значимостью.

9. *Флюорография легких*<sup>2</sup>.

Преимущества скрининга в профилактике заболеваний впервые были продемонстрированы в 1940-х гг. при использовании массовой флюорографии для выявления больных туберкулезом [14]. Однако в настоящее время флюорография легких в большинстве стран мира в качестве скринингового теста не используется. В нашей стране в связи с высокой заболеваемостью туберкулезом легких порядок и сроки проведения профилак-

<sup>2</sup> Флюорография легких не проводится, если пациенту в течение предшествующего календарного года либо года проведения диспансеризации проводилась рентгенография (рентгеноскопия) или компьютерная томография органов грудной клетки.

тических медицинских осмотров населения утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», в котором определена частота проведения флюорографии легких различным группам населения.

*10. Маммография (для женщин в возрасте 39 лет и старше).*

Маммографическое исследование женщин в качестве скринингового теста на выявление рака молочной железы проводится в большинстве развитых стран мира и рекомендовано для применения во всех странах ВОЗ [14]. USPSTF рекомендует маммографию как скрининг-тест на рак молочной железы у женщин в возрасте 40 лет и старше (ранг В рекомендации) [16].

*11. Клинический анализ крови (в объеме не менее определения концентрации гемоглобина в эритроцитах, количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов).*

*12. Клинический анализ крови развернутый (в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо клинического анализа крови).*

*13. Анализ крови биохимический общетерапевтический (в объеме не менее определения уровня общего белка, альбумина, фибриногена, креатинина, общего билирубина, аспартат-аминотрансминазы, аланин-аминотрансминазы, глюкозы, холестерина, натрия, калия) выполняется в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет вместо экспресс-исследований общего ХС и глюкозы.*

*14. Общий анализ мочи.*

Клинический и биохимический анализ крови и общий анализ мочи не используется в качестве самостоятельных скрининг-тестов в странах Европы и северной Америки. Вместе с тем, опыт их применения в рамках дополнительной диспансеризации работающих граждан России, в сочетании с осмотром их врачами-специалистами дал, основание российским экспертам рекомендовать их включение в программу новой диспансеризации населения. Научный анализ диагностической значимости этих исследований в совокупности с осмотром врачей-специалистов, включенных в программу диспансеризации, будет обобщен, что позволит получить объективную оценку целесообразности их проведения.

*15. Исследование кала на скрытую кровь (для граждан в возрасте 45 лет и старше).*

Исследование кала на скрытую кровь в качестве скрининг-теста на выявление колоректального рака проводится в большинстве развитых стран мира и рекомендовано для применения во всех странах ВОЗ [14].

USPSTF рекомендует проводить это исследование в возрасте от 50 до 75 лет ежегодно (ранг А рекомендации), в другие возрастные периоды по индивидуальным показаниям [17]. Рекомендуется использовать высокочувствительный иммунохимический метод анализа кала на скрытую кровь, не требующий каких-либо ограничений питания перед проведением анализа.

*16. Определение уровня простатспецифического антигена в крови (для мужчин в возрасте старше 50 лет).*

USPSTF в мае 2012 года подтвердила свое отрицательное заключение по использованию определения ПСА в качестве самостоятельного скрининг-теста на рак предстательной железы (ранг D рекомендации) [18]. Однако в ряде европейских стран и в США крупные страховые компании предоставляют своим клиентам эту профилактическую услугу, например, полис Medicare включает помимо пальцевого ректального исследования и определение уровня ПСА для всех застрахованных лиц старше 50 лет с периодичностью 1 раз в год. В программе диспансеризации на основании мнения экспертов Минздрава России в области онкоурологии также предусмотрена консультация врача-уролога (врача-хирурга) и пальцевое исследование прямой кишки и простаты всем лицам с выявленным повышением уровня ПСА.

*17. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для граждан в возрасте 39 лет и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет).*

ВОЗ рекомендует проведение скрининга на выявление аневризмы брюшной аорты у всех лиц старше 65 лет, а USPSTF рекомендует однократное УЗИ брюшной аорты у мужчин в возрасте от 65 до 75 лет, которые когда-либо курили (ранг В рекомендации). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости в качестве скрининг-теста на выявление злокачественных новообразований в странах Европы и Северной Америки не проводится. Уточнение диагностической значимости проведения УЗИ органов брюшной полости в качестве скрининг-теста у избранной группы населения будет, возможно, в ходе реализации программы диспансеризации.

*18. Измерение внутриглазного давления (для граждан в возрасте 39 лет и старше).*

В странах Европы измерение внутриглазного давления в качестве скрининга на выявление глаукомы не проводится. USPSTF не нашла достаточных доказательств, чтобы рекомендовать за или против скрининга взрослых на глаукому (ранг рекомендации: I заявление) [19]. Однако, в программу профилактических услуг страховых компаний



США Medicare и Medicaid скрининг-тест на глаукому входит с периодичностью 1 раз в год для лиц с высоким риском развития глаукомы. Рекомендуется использовать транспальпебральный или бесконтактный метод измерения внутриглазного давления.

19. *Профилактический прием* (осмотр, консультация) врача-невролога для граждан в возрасте 51 год и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет.

Международный опыт проведения профилактического осмотра врачом-неврологом населения в возрасте 51 год и старше с периодичностью 1 раз в 6 лет отсутствует. Осмотр врача-невролога на основании мнения экспертов Минздрава России в области неврологии введен в программу диспансеризации взрослого населения России в связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности населения от ЦВБ, особенно от инсульта, по сравнению со странами Европы и мира.

20. *Прием (осмотр) врача-терапевта*, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, проведение краткого профилактического консультирования.

Прием (осмотр) врача-терапевта преимущественно направлен на выявление ХНИЗ и в обязательном порядке включает анализ всех результатов проведенного обследования, осмотр кожных покровов и слизистых на предмет раннего выявления предраковых заболеваний кожи и слизистых (см. раздел IX рекомендаций) и проведение краткого профилактического консультирования по выявленным ФР (см. раздел XIII рекомендаций). Страховая компания США Medicare обеспечивает своим клиентам профилактический осмотр врача общей практики (семейного врача) в случае первичного обращения пациента и в последующем не чаще, чем 1 раз

в год. Европейским обществом кардиологов совместно с Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, на основе исследований E. Dusseldorp и соавт. (1999) и S. Rubak и соавт. (2005), профилактическое консультирование пациентов с факторами риска ХНИЗ в целях содействия их коррекции посредством изменения образа жизни отнесено к рекомендациям высшего I класса с высшим уровнем доказательств (Табл. 5.4.).

*Второй этап диспансеризации* проводится с целью уточнения диагноза заболевания (состояния) путем дополнительного обследования, проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя:

1. *Дуплексное сканирование брахицефальных артерий* (в случае наличия указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования или по назначению врача-невролога, а также для мужчин в возрасте 45 лет и старше и женщин в возрасте старше 55 лет при наличии комбинации трех ФР ССЗ: повышенного АД, дислипидемии, избыточной масса тела или ожирения).

Европейским обществом кардиологов совместно с Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации, на основе исследований D.H. O'Leary и соавт. (1999), L.E. Chambless и соавт. (1997) и A. Sramek и соавт. (2000), дуплексное сканирование брахицефальных артерий с измерением толщины интима-медиа и/или скрининг на атеросклеротические бляшки в сонной артерии у лиц с умеренным СС риском для уточнения степени риска отнесено к IIa классу рекомендаций при среднем уровне доказательности (Табл. 5.5.).

Таблица 5.4. **Рекомендации по изменению образа жизни [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска ХНИЗ в целях содействия их коррекции посредством изменения образа жизни	I	A

Таблица 5.5. **Рекомендации, касающиеся методов визуализации сонных артерий [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Измерение толщины интима-медиа и/или скрининг на атеросклеротические бляшки в сонной артерии у лиц с умеренным СС риском для уточнения степени риска	IIa	B

2. Эзофагогастродуоденоскопию (для граждан в возрасте старше 50 лет при выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможном онкологическом заболевании верхних отделов желудочно-кишечного тракта, или отягощенной наследственности по онкологическим заболеваниям органов желудочно-кишечного тракта).

3. Осмотр (консультацию) врача-невролога (в случае указания или подозрения на ранее перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения по результатам анкетирования граждан, не находящихся под диспансерным наблюдением по данному поводу, и которые не подлежали осмотру врача-невролога на 1-ом этапе диспансеризации).

4. Осмотр (консультацию) врача-хирурга или врача-уролога (для мужчин в возрасте старше 50 лет при впервые выявленном повышении уровня ПСА в крови и (или) выявлении по результатам анкетирования жалоб, свидетельствующих о возможных заболеваниях предстательной железы).

Осмотр (консультация) врача-хирурга или врача-уролога при выявлении подозрения на патологию предстательной железы включает расширенный опрос и осмотр пациента с проведением пальцевого ректального обследования. В случае подозрения на злокачественную опухоль предстательной железы пациент направляется на повторное исследование ПСА (не ранее чем через 2 недели после пальцевого ректального исследования) и трансуретральное ультразвуковое исследование (вне рамок диспансеризации). С результатами исследований пациент направляется на осмотр (консультацию) врача-уролога, посещение которого должно

состояться не позже 2-х месяцев с даты прохождения диспансеризации.

5. Осмотр (консультацию) врача-хирурга или врача-колопроктолога (для граждан в возрасте 45 лет и старше при положительном анализе кала на скрытую кровь).

При выявлении подозрения на злокачественную опухоль прямой кишки по результатам осмотра и пальцевого ректального обследования пациент направляется на ректороманоскопию или колоноскопию.

6. Колоноскопию или ректороманоскопию (для граждан в возрасте 45 лет и старше по назначению врача-хирурга или врача-колопроктолога).

7. Определение липидного спектра крови (уровень общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП, триглицериды) — для граждан с выявленным повышением уровня общего ХС в крови.

Европейское общество кардиологов и Европейское общество атеросклероза рекомендуют проводить исследование липидного профиля и в ряде других клинических ситуаций, перечень которых представлен в таблице 5.6.

8. Осмотр (консультацию) врача акушера-гинеколога (для женщин с выявленными патологическими изменениями по результатам цитологического исследования мазка с шейки матки и (или) маммографии).

9. Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе (для граждан с выявленным повышением уровня глюкозы в крови).

10. Осмотр (консультацию) врача-офтальмолога (для граждан в возрасте 39 лет и старше, имеющих повышенное внутриглазное давление).

Таблица 5.6. Рекомендации по определению профиля липидов для оценки суммарного риска развития сердечно-сосудистой патологии [11]

Состояние	Класс рекомендаций	Уровень доказательности
<b>Исследование липидного профиля показано пациентам:</b>		
с сахарным диабетом 2 типа	I	C
с установленным ССЗ	I	C
с артериальной гипертензией	I	C
курящим	I	C
при ИМТ $\geq 30$ кг/м <sup>2</sup> или окружностью талии $>94$ см (90 см — для азиатских мужчин) у мужчин и $>80$ см у женщин	I	C
с наследственным анамнезом раннего развития ССЗ	I	C
с хроническими воспалительными заболеваниями	I	C
с хроническими болезнями почек	I	C
с семейным анамнезом дислипидемии	I	C
<b>Исследование липидного профиля следует проводить мужчинам старше 40 лет и женщинам старше 50 лет</b>	<b>IIb</b>	<b>C</b>

Таблица 5.7. **Рекомендации по изменению поведения и образа жизни пациентов с факторами риска ХНИЗ [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска ХНИЗ в целях содействия их коррекции посредством изменения образа жизни	I	A
Профилактические вмешательства врачей-специалистов по медицинской профилактике (врачей, медсестер, диетологов, психологов и др.) должны быть включены в случае необходимости и целесообразности.	IIa	A
У лиц с очень высоким СС риском показаны комплексные мероприятия, всестороннее обучение ЗОЖ с использованием медицинских ресурсов, включая вмешательства по управлению стрессом и консультирование по преодолению имеющихся психосоциальных факторов.	I	A

11. Прием (осмотр) врача-терапевта, включающий определение группы состояния здоровья, группы диспансерного наблюдения, а также направление при наличии медицинских показаний на углубленное профилактическое консультирование, а также при наличии показаний на оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

12. Углубленное профилактическое консультирование индивидуальное или групповое (школа пациента) в ОМП (КМП) или ЦЗ (для граждан с выявленными ФР ХНИЗ) проводится по направлению врача-терапевта.

Европейским обществом кардиологов совместно с Европейской ассоциацией кардиоваскулярной профилактики и реабилитации профилактическое консультирование индивидуальное и групповое (школы для пациентов) наряду с другими профилактическими вмешательствами врачей (фельдшеров) ОМП (КМП), при необходимости диетологов, психологов и других специалистов, направленные на коррекцию ФР ХНИЗ, отнесены к высокоэффективным мероприятиям с высшим уровнем доказательности (Табл. 5.7.) В связи с этим необходимо отметить, что с 2012 года в медицинских организациях Российской Федерации введена должность «врач по медицинской профилактике» (приказ Минздравсоцразвития России от 30.03.2012 N 302н). Указанная должность преимущественно предназначена для учреждений и подразделений медицинской профилактики ПМСП и ЦЗ.

В заключении необходимо констатировать, что предлагаемая ВОЗ стратегия ПМСП в отношении контроля ХНИЗ начинает активно и последовательно внедряться в систему здравоохранения Российской Федерации и дает основание надеяться, что международно апро-

бированная стратегия принесет и в нашей стране необходимые результаты, и прежде всего, в отношении снижения высокой смертности от ХНИЗ, особенно, от ССЗ. Мы еще в самом начале этого пути и от нас зависит, что и как мы сумеем реализовать на практике.

### Список использованных источников информации

1. Maher D. Ford N. Действия в отношении неинфекционных болезней - уравнивание приоритетов в области профилактики и лечения. Бюллетень Всемирной организации здравоохранения 2011;89:547-547A.
2. Weintraub WS, Daniels SR, Burke LE et al. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association. Circulation 2011;124:967-990.
3. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal (2012) 33, 1635-1701.
4. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and Management of Obesity in Adults: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Publication No. 11-05159-EF-3. June 2012. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/obeseadult/obesenum.htm>
5. Lean ME, Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ. 1995 Jul 15;311(6998):158-161.
6. Han T. S., van Leer E. M., Seidell J. C., and Lean M. E.. Waist circumference action levels in the identification of cardiovascular risk factors: prevalence study in a random sample. BMJ. 1995 November 25; 311(7017): 1401-1405.
7. Janssen I, Katzmarzyk P.T., Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk. Am J Clin Nutr. 2004; 79: 379-384.
8. Expanding evidence for the multiple dangers of epidemic abdominal obesity. Circulation. 2008 Apr 1;117(13):1624-6.

9. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. GENEVA, 8–11 DECEMBER 2008 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501491_eng.pdf)
10. Screening for High Blood Pressure in Adults, Topic Page. December 2007. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspshype.htm>
11. Рекомендации Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза по лечению дислипидемий. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2012; приложение №1.
12. Mosca L, Banka CL, Benjamin EJ, et al. Evidence-based guidelines for cardiovascular disease prevention in women: 2007 update. *Circulation* 2007;115:1481–1501.
13. Screening for Coronary Heart Disease With Electrocardiography: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement *Ann Intern Med.* 2 October 2012;157(7):512–518.
14. Основы политики Скрининг в Европе. Всемирная организация здравоохранения 2008 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/108962/E88698R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/108962/E88698R.pdf)
15. Screening for Cervical Cancer: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Publication No. 11-05156-EF-3, March 2012. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/cervcancer/cervcancersum.htm>
16. Screening for Breast Cancer (2002). July 2010. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspbrca2002.htm>
17. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: Clinical Summary of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. AHRQ Publication No. 08-05124-EF-4, October 2008. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf08/colocancer/colosum.htm>
18. Screening for Prostate Cancer, Topic Page. U.S. Preventive Services Task Force. 2012 <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/prostatecancerscreening.htm>
19. Screening for Glaucoma, Topic Page. U.S. Preventive Services Task Force. March 2013. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspzglau.htm>
20. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychol* 1999; 18:506–519
21. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;55:305–312.
22. O’Leary DH, Polak JF, Kronmal RA, Manolio TA, Burke GL, Wolfson SK Jr. Carotid-artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults. *Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. N Engl J Med* 1999;340:14–22.
23. Chambless LE, Heiss G, Folsom AR, Rosamond W, Szklo M, Sharrett AR, Clegg LX. Association of coronary heart disease incidence with carotid arterial wall thickness and major risk factors: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study, 1987–1993. *Am J Epidemiol* 1997;146:483–494.
24. Sramek A, Bosch JG, Reiber JH, Van Oostayen JA, Rosendaal FR. Ultrasound assessment of atherosclerotic vessel wall changes: reproducibility of intima-media thickness measurements in carotid and femoral arteries. *Invest Radiol* 2000;35: 699–706.
25. Mandyam MC, Soliman EZ, Heckbert SR, Vittinghoff E, Marcus GM. Long-term outcomes of left anterior fascicular block in the absence of overt cardiovascular disease. *JAMA* 2013; DOI:10.1001/jama.2013.2729. Available at: <http://jama.jamanetwork.com/journal.aspx>

## VI. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в условиях стационарной помощи и в санаторно-курортных учреждениях

Анализ эффективности функционирования современных ЛПУ позволяет отметить, что, несмотря на сосредоточение в них основных ресурсов здравоохранения (до 70%), эти структуры не полностью реализуют свой потенциал. Стационары выполняют важную работу по коррекции неотложных состояний и обострений хронических заболеваний пациентов, но практически не оказывают им профилактическую помощь, полагая, что это функция других структур национальной системы здравоохранения. Такое положение дел, обусловленное концентрацией внимания медперсонала только на лечебно-диагностических мероприятиях, с современных позиций

должно восприниматься как явно требующее корректировки.

В настоящее время разрабатывается новый подход к оценке деятельности стационаров, призванный сконцентрировать внимание медперсонала не только на устранении причины, вызвавшей госпитализацию, но и на создании индивидуальных долгосрочных программ для пациентов по контролю состояния здоровья и коррекции основных ФР ХНИЗ.

Возросшее количество пациентов с ХНИЗ требует переориентации деятельности ЛПУ с проблем, связанных исключительно с коррекцией острых состояний и обострений ХНИЗ, на интеграцию лечения и профилактики, в том числе и на обучение пациентов. Выявление

ФР ХНИЗ в ходе лечения любого заболевания, профилактическое консультирование (обучение) пациента методам их коррекции, формирование многофакторной индивидуальной программы по поддержанию здоровья и продлению активного долголетия — новая актуальная задача врача стационара.

Известно, что в период ухудшения состояния здоровья пациент особенно восприимчив к советам врача. В этот период легче сформировать необходимый настрой среди родственников пациента, направив их усилия на закрепление в повседневной жизни пациента новых навыков и полезных стереотипов.

В стационарных условиях формируется и поддерживается уникальная ситуация, способствующая устойчивому изменению поведения пациента на длительный временной интервал, чему во многом может способствовать и социальное окружение, подготовленное лечащим врачом.

Большим потенциалом в плане диагностики и коррекции ФР ХНИЗ обладают санаторно-курортные учреждения, в которых в настоящее время, как правило, нет соответствующей системной работы в этом направлении.

Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст. 79) обязывает все медицинские организации, участвующие в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, «обеспечивать проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление», а также «проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения».

Внедрение комплекса мер по обучению пациента в период его пребывания в стационаре и санаторно-курортном учреждении должно повысить приверженность к лечению основного заболевания и повысить мотивацию пациента к оздоровлению образа жизни. Такая, сформированная с помощью лечащего врача, добровольная и осознанная приверженность к ЗОЖ, к полезным для здоровья стереотипам поведения и к назначенной медикаментозной терапии направлена на снижение риска обострений ХНИЗ и в итоге на снижение числа госпитализаций [3-9].

Внедрение в работу стационара и санаторно-курортного учреждения указанного комплекса мер должно быть направлено не только на обучение пациента и повышение его медицинской культуры, но и на форми-

рование в его сознании чувства ответственности за собственное здоровье.

Выявление ФР ХНИЗ в ходе диагностики и лечения основного заболевания и создание индивидуальных программ по их коррекции на этапах от стационара до реабилитационного или санаторно-курортного учреждения и поликлиники (амбулатории) рассматривается как важнейшая составная часть системного процесса оказания качественной медицинской помощи, направленного на снижение числа повторных госпитализаций, инвалидности и смертности. Индивидуальная программа должна быть предельно ясной пациенту и содержать конкретные действия в повседневной жизни и в ежедневном режиме.

В ряде стран стационар, выполняющий комплекс превентивных задач, принято определять понятием «Стационар, способствующий профилактике и укреплению здоровья». В его задачи входит инициация и поддержание процесса по повышению эффективности индивидуального контроля за состоянием здоровья в данный период и в отдаленной перспективе, как у пациентов, так и в их семьях, и в обществе в целом. В национальном масштабе такой подход позволяет ориентировать действия на снижение смертности населения и способствовать увеличению средней продолжительности жизни. Такая стратегия, поддержанная ВОЗ и многими странами, должна в нынешних условиях быть реализована и в российском здравоохранении на основе следующих ключевых принципов:

- роль стационаров должна быть переориентирована с исключительно краткосрочной программы коррекции состояния здоровья пациента на подготовку долгосрочной проспективной программы, включающей индивидуальный контроль здоровья и заболевания, начиная со стационара;
- медперсонал стационаров должен в ходе консультирования и общения с пациентами побуждать их переосмыслить нездоровые привычки и стереотипы поведения, лежащие в основе поведенческих ФР ХНИЗ, и проводить их коррекцию;
- медперсонал стационаров в своей деятельности должен ориентироваться на обеспечение активного долголетия пациента, а не только на устранение острого состояния или другой причины, послужившей поводом для госпитализации;
- деятельность медперсонала стационаров должна предполагать создание партнерства врачей, пациента и его родственников или близких людей, проживающих вместе с пациентом;

- содержание образовательных программ стационара должно быть доступным, понятным пациенту и базироваться на научно обоснованных руководствах и предоставляться пациенту в удобной форме;
- врачебная помощь в стационаре предполагает более широкое информирование пациента, чем предоставление лечащим врачом только информации о заболевании, послужившем поводом для госпитализации.

В стационарах целесообразно проведение школ для пациентов по основным заболеваниям, факторам их развития, консультаций врачом-специалистом (психотерапевт, реабилитолог и др.), занятий с родственниками пациента. Кроме того в стационарах, также как и в санаторно-курортных учреждениях должны проводиться школы по здоровому образу жизни.

Международный опыт показывает, что современные стационары и санаторно-курортные учреждения должны быть интегрированы в единую профилактическую среду и стать тесным связующим звеном в процессе медицинского контроля заболеваний и рисков их развития среди той части пациентов, которые проходят лечение по поводу любых заболеваний и состояний. Работа с пациентом в таком профилактически ориентированном медицинском учреждении независимо от его профиля предполагает:

- включение скрининг-методов выявления ФР основных ХНИЗ в комплекс обследования пациентов (с учетом данных диспансеризации этих пациентов и предшествующих профилактических медицинских осмотров);
- расчет суммарного СС риска по шкале SCORE или риска ХНИЗ по другим прогностическим шкалам; включение в содержание профилактического консультирования врачебных объяснений пациенту значения уровня его СС риска;
- проведение профилактического консультирования пациентов по выявленным ФР с обязательным разъяснением их роли, механизмов патологического влияния и существующих путей немедикаментозной и медикаментозной коррекции в соответствии с национальными рекомендациями.

В задачи врача стационара и санаторно-курортных учреждения, вне зависимости от причины госпитализации пациента и профиля стационара, входит информирование и обучение пациентов методам самоконтроля, навыкам оздоровления, в том

числе коррекции вредных поведенческих привычек и стереотипов, что направлено на снижение в дальнейшем риска осложнения заболевания и снижение риска развития других ХНИЗ, а также методам самопомощи при острых жизнеугрожающих заболеваниях (состояниях). Эффективность обучающей работы с пациентом существенно повышается при наличии печатных информационных материалов, которые должны опираться на национальные рекомендации и научно доказанные факты, в ходе консультирования пациента этот материал должен приобретать индивидуальный (адресный) характер.

Информационная и обучающая работа врача включает также образовательную работу с членами семьи пациента. Изменение образа жизни пациента и вовлечение членов семьи в этот процесс способствуют созданию социальной поддержки со стороны лиц, окружающих пациента вне стен стационара, в отношении приверженности здоровым стереотипам в повседневной жизни.

Зарубежный опыт показывает, что для устойчивого развития и создания профилактической работы в стационарах целесообразно формирование совета (комиссии) по организации профилактики ХНИЗ. Комиссия по организации профилактики ХНИЗ формируется из представителей администрации и числа наиболее опытных кадров и врачей, включая сотрудников, курирующих стационар кафедр и научных работников, которые выполняют следующие задачи:

- разработка и адаптация программ по профилактике ХНИЗ стационара;
- обеспечение постоянного контроля и анализа эффективности выполнения программ профилактики ХНИЗ, подготовка ежегодной аналитической справки с обсуждением ее на итоговой конференции стационара;
- проведение выборочного анонимного опроса лечащих врачей отделений различного профиля по актуальным направлениям профилактики и информированности о компонентах программы учреждения, отношении к программе и проблеме в целом;
- проведение выборочного анонимного тестирования пациентов для оценки эффективности выполняемой медицинским персоналом превентивной деятельности и ее качества по оценке пациентами;
- разработка (адаптация, обновление) методических материалов для обучения пациентов на основе национальных руководств и рекомендаций;

- подготовка статистического ежегодного анализа и отчета с указанием количества пациентов, вовлеченных в обучение, профилактическое консультирование; количества врачей, участвующих в проведении профилактического консультирования пациентов, в том числе групповом; количества обучающихся (образовательных) мероприятий с родственниками пациентов.

Во всех стационарах целесообразно открытие кабинетов медицинской профилактики (из расчета 1 кабинет на 100 коек, но не менее чем 1 кабинет на стационар). В ЛПУ с числом коек 200 и более целесообразно создание кабинета медицинской помощи по отказу от курения и кабинета психологической помощи по коррекции факторов риска ХНИЗ.

В обязанности врача кабинета медицинской профилактики (находящегося на должности врача по медицинской профилактике) входит:

- создание единого плана профилактической работы в отношении основных ХНИЗ и модифицируемых ФР их развития и контроль его реализации;
- проведение углубленного профилактического консультирования пациентов по всем ФР ХНИЗ;
- организация школ здоровья для пациентов и их родственников;
- экспертная оценка (мониторинг) историй болезней с оценкой полноты регистрации результатов по выявлению ФР ХНИЗ, оценки суммарного СС риска и охвата профилактическим углубленным консультированием пациентов вне зависимости от профиля заболеваний (травм), послуживших причиной госпитализации (кроме пациентов реанимационного отделения), для контроля качества проводимых профилактических мероприятий; результаты мониторинга докладываются на заседаниях комиссии;
- участие совместно с администрацией стационара в анализе полноты и качества выполнения планов профилактической работы в отделениях стационара, корректировке планов;
- проведение инструктажа лечащих врачей отделений стационара по актуальным вопросам профилактики ХНИЗ.

В отделениях стационара для лечения и реабилитации пациентов с ХНИЗ (терапевтические, кардиологические, эндокринологические, неврологические, пульмонологические, онкологические, гастроэнтерологические отделения) проведение

углубленного профилактического консультирования пациентов по всем имеющимся ФР ХНИЗ должно проводиться лечащим врачом. В других лечебных отделениях стационара (кроме отделений реанимации и интенсивной терапии) лечащим врачом должно проводиться краткое профилактическое консультирование по всем основным ФР ХНИЗ, определение суммарного СС риска по шкале SCORE и направление пациентов с высоким и очень высоким риском в кабинет медицинской профилактики для проведения углубленного профилактического консультирования по выявленным ФР ХНИЗ и школы здоровья.

Оказание психологической помощи по коррекции ФР ХНИЗ лицам с выраженной психологической зависимостью проводит психотерапевт (медицинский психолог).

В стационарах в качестве обязательного условия в истории болезни пациента и выписном эпикризе целесообразно отображение следующей информации:

- о выявленных факторах риска ХНИЗ и их уровнях;
- об уровне суммарного СС риска по шкале SCORE (для лиц без доказанных ССЗ и сахарного диабета с возрасте до 65 лет)
- о проведении краткого профилактического консультирования по выявленным ФР;
- о проведении углубленного профилактического консультирования по выявленным ФР (индивидуального или группового (школа пациента));
- об участии (отказе) пациента в школе для пациентов с указанием ее наименования, числа занятий;
- о рекомендациях пациенту по контролю и коррекции ФР в домашних и амбулаторных условиях.

Индикаторами полноты и качества выполнения профилактических мероприятий по профилактике ХНИЗ стационара являются:

- доля (%) пациентов, прошедших краткое профилактическое консультирование по контролю и коррекции ФР за отчетный период;
- доля (%) врачей за отчетный период, освоивших методику краткого профилактического консультирования и проводящих его с регистрацией этого факта в истории болезни;
- доля (%) пациентов, прошедших углубленное профилактическое консультирование и получивших индивидуальный план-программу профилактики и коррекции ФР за отчетный период;
- доля (%) врачей за отчетный период, освоивших методику углубленного профилактического консультирования

и разрабатывающих совместно с пациентами, в том числе совместно с их родственниками, индивидуальные программы профилактики и коррекции ФР и регистрирующие их в историях болезни;

- доля (%) пациентов, прошедших обучение в школе для пациентов за отчетный период;
- доля (%) врачей, внедривших в повседневную практику проведение школ для пациентов за отчетный период.
- число коек на 1 кабинет медицинской профилактики;
- число коек на 1 кабинет медицинской помощи по отказу от курения;
- число коек на 1 кабинет психологической помощи по коррекции факторов риска ХНИЗ;
- доля (%) историй болезни, содержащих информацию о ФР, СС риске, проведенном профилактическом консультировании и рекомендациях по коррекции ФР ХНИЗ;
- доля (%) выписных эпикризов, содержащих информацию о ФР, СС риске, проведенном профилактическом консультировании и рекомендациях по коррекции ФР ХНИЗ.

Можно обоснованно предполагать, что распространение здоровьесохраняющего поведения среди всех пациентов стационаров и их семей (ежегодно стационарное лечение проходит более 30 млн. россиян) в целом значительно увеличит показатели реальной профилактической работы, снизит заболеваемость, инвалидность и смертность от ХНИЗ в нашем обществе.

## Список использованных источников информации

1. World Health Organization (1986) Ottawa Charter for Health Promotion, An International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17–21 November. Aiello, J., Barry, L., Lienert, L. and Byrnes, T. (1990) Health promotion—a focus for hospitals. Australian Health Review, 13, 90–94.

2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

3. Health Education Authority Barriers and solutions to the progress of a health promoting hospital. Summary of feedback from group-work. In Health Promoting Hospitals: Principles and Practice, 1993 Chapter 8, pp. 24–25. Health Education Authority, London.

4. New South Wales Health Promoting Hospitals Project (1996) Report on the 1996 Health Hospitals Awards. Wentworth Centre for Health Promotion, Blaxland East, New South Wales.

5. Pelikan, J. and Krajic, K. Editorial. In WHO Health Promoting Hospitals Newsletter, No. 8, October, p. 1. (1996)

6. Rushmere, A. Health promoting hospitals in the South and West Region of England. In WHO Health Promoting Hospitals Newsletter, No. 8, October, pp. 11–12. (1996)

7. Vang, J. What does health gain orientation mean for hospital management. Health Promoting Hospitals Newsletter, No. 6, December, pp. 1–3. (1995)

8. Johnson A Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion Health Promot. Int. (2001) 16 (3): 281–287.

9. Groene O Health promotion in hospitals—a strategy to improve quality in health care Eur J Public Health 2005 15 (1): 6–8.

## VII. Первичная и вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

Сердечно-сосудистые заболевания продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, в том числе России, несмотря на существенный прогресс последних десятилетий в сфере диагностики и лечения этой патологии. ССЗ — ведущая причина смерти населения РФ (вклад в общую смертность составляет 57%). Коэффициент смертности (число умерших на 100000 населения) от БСК в 2011 году в РФ составил 753 случая, тогда как в развитых европейских странах он в 3–4 раза ниже. Согласно

данным официальной статистики 2011 года в России более 160 тыс. людей умирают от БСК<sup>1</sup> в трудоспособном возрасте, что составляет 15,3% от всех умирающих по этой причине. Особенно это касается мужчин, смертность которых в 2011 г. составила 304 случая на 100 000 мужчин трудоспособного возраста. Женщины в трудоспособном возрасте умирают значительно реже — 65 случаев на 100 000 женщин трудоспособ-

1 Понятие «Болезни системы кровообращения» эквивалентно понятию «Сердечно-сосудистые заболевания»



ного возраста, однако общая смертность от БСК у женщин выше, чем у мужчин: 768 и 735 случаев на 100 000 женщин и мужчин соответственно.

Среди причин сердечно-сосудистой смертности на первом месте стоит ИБС (397 случаев на 100000 чел. или 53%), на втором - ЦВБ (233 случаев на 100000 чел. или 31%) [1].

Показатели ожидаемой продолжительности жизни в России ниже, чем в странах Европейского союза, на 8-11 лет. ССЗ — наиболее частая причина госпитализаций и потерь трудоспособности населения РФ. Экономический ущерб от ССЗ в РФ составляет около 1 триллиона рублей ежегодно [2].

Европейское общество кардиологов, Европейская ассоциация кардиоваскулярной профилактики и реабилитации и российские Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике выделяют 5 убедительных обоснований необходимости усиления мер по профилактике ССЗ [3]:

- 1) ССЗ — основная причина преждевременной смерти, инвалидности и высоких затрат здравоохранения;
- 2) в основе патологии наиболее часто лежит атеросклероз, протекающий многие годы скрытно и, как правило, уже сильно выраженный при появлении симптомов;
- 3) смерть от ССЗ, обусловленных атеросклерозом, инфаркт миокарда и инсульт часто развиваются внезапно, когда медицинская помощь не может быть оказана и поэтому многие эффективные клинические вмешательства в этих ситуациях не применимы или паллиативны;
- 4) широкая распространенность ССЗ достоверно связана с образом жизни и модифицируемыми биологическими факторами риска;
- 5) научно доказано, что модификация ФР снижает смертность и заболеваемость как среди лиц без признаков болезни, так и среди больных ССЗ.

*Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.* В проспективных эпидемиологических исследованиях определены факторы, которые способствуют развитию и прогрессированию ССЗ. Это курение, нездоровое питание (недостаточное потребление овощей/фруктов, избыточное потребление насыщенных жиров и поваренной соли), низкая физическая активность и избыточное потребление алкоголя. Длительное негативное действие поведенческих факторов приводит к развитию так называемых биологических факторов риска ССЗ. В их числе артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, избыточная масса тела, ожирение и сахарный диабет. Существенный вклад в раз-

витие и прогрессирование ССЗ вносят также психосоциальные факторы риска (низкий уровень образования и дохода, низкая социальная поддержка, психосоциальный стресс, тревожные и депрессивные состояния) [4].

Результаты крупномасштабных международных исследований, в частности, исследования INTERHEART, показали, что определяющее влияние на риск развития инфаркта миокарда оказывают девять факторов, независимо от региона проживания, так повышают риск развития ИМ: дислипидемия (ароВ/ароАI), курение, АГ, абдоминальное ожирение, психосоциальные факторы (стресс, социальная изоляция, депрессия), сахарный диабет, а понижают риск: употребление в достаточном количестве овощей и фруктов, регулярная физическая активность. Опубликованные в 2010 году результаты международного исследования INTERSTROKE показали, что практически те же факторы, и в первую очередь АГ, определяют риск развития мозговых инсультов.

Наибольший вклад в преждевременную смертность населения России вносят семь ФР: АГ (35,5%), гиперхолестеринемия (23%), курение (17,1%), недостаточное потребление овощей и фруктов (12,9%), избыточная масса тела (12,5%), избыточное потребление алкоголя (11,9%) и гиподинамия (9%) [5].

Принимая во внимание многофакторную этиологию ССЗ, тесную взаимосвязь ФР и их потенцирующее действие, их влияние на здоровье рассматривается не дихотомически, а суммарно в рамках общепризнанной концепции суммарного СС риска.

По данным ВОЗ более трёх четвертей всех смертей от ССЗ можно предотвратить за счет оздоровления образа жизни и коррекции поведенческих ФР [6].

Профилактика ССЗ, которая признана в настоящее время в России важной государственной задачей, требует координированных действий работников системы здравоохранения, образования, средств массовой информации, политиков, институтов гражданского общества. Она может осуществляться на популяционном (население в целом) и индивидуальном уровне (стратегия высокого риска и вторичная профилактика).

Наибольший профилактический эффект и влияние на показатели здоровья населения достигается при сочетании разных стратегий (популяционной, высокого риска, вторичной профилактики). Необходимо отметить, что разделение на первичную и вторичную профилактику в определенной мере условно. В связи с развитием и внедрением в практике методов визуализации патологических процессов в сосудах границы деления профи-

лактики ССЗ на первичную и вторичную постепенно стираются и теряют актуальность, заменяясь на представление о том, что атеросклероз — непрерывный процесс, имеющий длительную доклиническую (субклиническую) и клиническую стадии течения. Это представление о непрерывности процесса должно быть заложено в основу профилактики ССЗ как хронических заболеваний, которые начинают развиваться задолго до появления первых клинических симптомов. Больные часто умирают внезапно, не успев обратиться за медицинской помощью. В исследованиях показано, что профилактические меры (например, снижение АД и отказ от курения) эффективны в любом возрасте, в том числе в пожилом. В этой связи, основы ЗОЖ и в последующем профилактические мероприятия должны быть образом жизни, начинаться как можно раньше, включая соблюдение ЗОЖ беременной женщиной (до рождения ребенка) и продолжаться на протяжении всей жизни человека.

Основой профилактики ССЗ и их осложнений является *оздоровление образа жизни и устранение/коррекция факторов риска ССЗ*, а также раннее выявление ССЗ и риска их развития и эффективное лечение.

Ниже перечислены особенности образа жизни и поведенческих ФР, которые снижают вероятность ССЗ, обусловленных атеросклерозом [3]:

- Отказ от потребления табака (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).

- Достаточный уровень физической активности в соответствии с рекомендациями, приведенными в табл. 7.1.
- Здоровое питание в соответствии с рекомендациями, приведенными в табл. 7.2.
- Контроль массы тела, отсутствие ожирения и избыточного веса (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Контроль артериального давления, АД ниже 140/90 мм рт. ст. (класс IIa пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Контроль уровня холестерина крови (уровень общего ХС крови ниже 5 ммоль/л или 190 мг/дл) (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).
- Контроль уровня глюкозы крови (уровень глюкозы плазмы крови натощак не выше 6,1 ммоль/л и HbA менее 7,0%), (класс I пользы, уровень A доказательств).
- Контроль психоэмоционального состояния (преодоление психоэмоционального стресса, снятие психоэмоционального напряжения) (класс IIa пользы, уровень B доказательств), особенно у лиц с очень высоким СС риском (класс I пользы, уровень A доказательств).

*Приоритеты в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний*

Оценка суммарного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE, имеет ключевое значение, так как уровнем этого риска определяется выбор профилактической стратегии и конкретных вмешательств. Чем выше риск, тем больше пользы от профилактических мер (класс I пользы

Таблица 7.1. **Рекомендации по физической активности в целях профилактики ССЗ и их осложнений [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Здоровые взрослые всех возрастов должны тратить 2,5-5 ч в неделю на обычную физическую активность или аэробную тренировку, умеренной интенсивности, или 1-2,5 ч в неделю на более интенсивные физические упражнения. Настоятельно рекомендовать лицам с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности	I	A
Физическая активность/аэробные нагрузки должны выполняться в несколько подходов каждый продолжительностью не менее 10 минут и равномерно распределяться на всю неделю, то есть на 4-5 дней в неделю.	IIa	A
Пациенты с перенесенным инфарктом миокарда, АКШ, ЧКВ, со стабильной стенокардией, или стабильной ХСН должны пройти аэробные тренировки от умеренной до энергичной интенсивности с выполнением упражнений 3 раза в неделю по 30 минут за сеанс. Настоятельно рекомендовать больным с сидячим образом жизни начать выполнение программ физических упражнений легкой интенсивности после адекватной оценки рисков и переносимости физических нагрузок	I	A

Таблица 7.2. Рекомендации по питанию для профилактики ССЗ [3]

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
<p>Здоровое питание, включающее:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-снижение потребления насыщенных жиров (менее 10% от общего калоража пищи) путем замены их на полиненасыщенные жирные кислоты,</li> <li>-максимально возможное ограничение потребления транс-жиров (менее 1% от общего калоража пищи),</li> <li>-потребление менее 5 г соли в день,</li> <li>-потребление 30-45 г клетчатки (пищевых волокон) в день, из цельнозерновых продуктов, фруктов, и овощей,</li> <li>-потребление 200 г фруктов в день (2-3 порции),</li> <li>-потребление 200 г овощей в день (2-3 порции),</li> <li>-потребление рыбы, по крайней мере, два раза в неделю, один из которых будет жирная рыба,</li> <li>-ограничение потребления алкогольных напитков до 20 г/день (в пересчете на чистый спирт) для мужчин и до 10 г/день – для женщин,</li> </ul> <p>рекомендуется как основа профилактики ССЗ при условии, что энергетическая ценность пищи должна быть ограничена количеством калорий необходимых для сохранения (или достижения) здорового веса тела с ИМТ 25 кг/м<sup>2</sup>.</p>	I	B

рекомендации, уровень С доказательств), выделяют следующие группы риска:

*Очень высокий риск*

- Доказанный атеросклероз любой локализации (по данным ангиографии, МРТ, стрессэхокардиографии, дуплексного сканирования аорты и ее ветвей, сонных и других центральных артерий, а также перенесенный инфаркт миокарда, ОКС, реваскуляризация миокарда (ЧКВ, АКШ) и другие процедуры по артериальной реваскуляризации, ишемический инсульт, облитерирующий атеросклероз периферических артерий).
- Сахарный диабет (тип 1 или тип 2) с одним и более ФР и/или повреждение органов-мишеней (например, микроальбуминурия 30-300 мг/сутки).
- Хроническая болезнь почек с выраженной почечной недостаточностью (СКФ <30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).
- Суммарный СС риск по шкале SCORE  $\geq$  10% у лиц без клинических проявлений ССЗ.

*Высокий риск*

- Значительно повышенный уровень отдельных ФР, например, семейная дислипидемия и АГ высокой степени тяжести.
- Сахарный диабет (тип 1 или тип 2), без ФР и поражения органов-мишеней.
- Хроническая болезнь почек умеренной степени тяжести (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>).
- Суммарный СС риск по шкале SCORE  $\geq$  5% и <10% у лиц без клинических проявлений ССЗ.

*Умеренный риск*

- Суммарный СС риск по шкале SCORE  $\geq$  1 и <5%

*Низкий риск.*

- Суммарный СС риск по шкале SCORE < 1%

*Основные цели профилактики ССЗ в клинической практике:*

1. Помочь лицам с низким риском ССЗ продлить это состояние на долгие годы и помочь лицам с высоким суммарным СС риском уменьшить его.
2. Лицам с низким (< 1% по шкале SCORE) и умеренным (>1% и < 5% по шкале SCORE) СС риском для сохранения здоровья рекомендуется:
  - не курить;
  - соблюдать принципы здорового питания;
  - поддерживать достаточный уровень физической активности: не менее 30 мин в день умеренной физической нагрузки;
  - иметь индекс массы тела < 25 кг/м<sup>2</sup> при отсутствии центрального ожирения;
  - поддерживать АД на уровне менее 140 мм рт. ст.;
  - иметь уровень ОХС менее 5 ммоль/л (< 190 мг/дл);
  - иметь уровень ЛПНП менее 3 ммоль/л (<115 мг/дл);
  - иметь уровень глюкозы в плазме крови натощак менее 6,1 ммоль/л (<110 мг/дл);
  - избегать стрессовых ситуаций, вырабатывать навыки его преодоления;
  - своевременно проходить диспансеризацию и профилактические медицинские осмотры.

3. Лицам с высоким суммарным СС риском (5-9% по шкале SCORE или значительно повышенными уровнями отдельных ФР, например, семейной гиперхолестеринемией или АГ высокой степени тяжести) дополнительно рекомендуется достичь более жесткого контроля следующих факторов риска:
  - ОХС крови менее 4,5 ммоль/л (<175 мг/дл), предпочтительнее менее 4 ммоль/л (<155 мг/дл), при отсутствии противопоказаний;
  - ЛПНП менее 2,5 ммоль/л (<100 мг/дл) (класс I пользы рекомендации, уровень А доказательств);
  - уровень глюкозы в крови натощак менее 6,1 ммоль/л (<100 мг/дл) и HbA1c < 6,5%, при отсутствии противопоказаний (класс IIв пользы рекомендации, уровень В доказательств);
4. Лицам с очень высоким суммарным СС риском (больные с установленным диагнозом атеросклероза любой локализации; СД 2 и 1 типа с микроальбуминурией; хронической болезнью почек; суммарным риском по шкале SCORE > 10%) дополнительно рекомендуется контролировать ЛПНП и держать их уровень ниже 1,8 ммоль/л (<70 мг/дл), при невозможности достижения этого уровня добиться снижения его на 50% от исходного уровня (класс I пользы, уровень А доказательств).

### **Суммарный сердечно-сосудистый риск, прогностическое значение и методика определения<sup>2</sup>**

Оценка абсолютного риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений в предстоящие 10 лет жизни (суммарный СС риск) производится при помощи Европейской шкалы SCORE, предназначенной для стран очень высокого риска, к которым относятся и Российская Федерация (Приложение 5). К фатальным сердечно-сосудистым осложнениям (событиям) относятся: смерть от инфаркта миокарда, других форм ИБС, от инсульта.

Шкала SCORE не используется у пациентов с доказанными ССЗ атеросклеротического генеза (ИБС, ЦВБ, аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий), сахарным диабетом 1 и 2 типа с поражением органов мишеней, хроническими болезнями почек, у лиц с очень высокими уровнями отдельных ФР, лиц в возрасте старше 65 лет (данные группы лиц имеют очень высокий СС риск) и граждан в возрасте до 40 лет, так как вне зави-

симости от наличия ФР (за исключением очень высоких уровней отдельных ФР) у них по шкале определяется СС риск как низкий. Суммарный СС риск может быть выше, чем по шкале SCORE и шкале относительного риска, у лиц:

- с избыточной массой тела или ожирением, в том числе с абдоминальным ожирением, особенно у молодых, с низкой физической активностью (сидячей работой);
- социально обездоленных;
- с сахарным диабетом: шкалу SCORE следует использовать только у пациентов с сахарным диабетом 1 типа без поражения органов-мишеней (риск возрастает с увеличением концентрации сахара в крови);
- с низким уровнем ХС ЛПВП, с повышенным содержанием триглицеридов, триглицеридов, фибриногена, аполипопротеина В (апоВ) и липопротеина(а), особенно в сочетании с семейной гиперхолестеринемией;
- с доказанным атеросклеротическим поражением сонных артерий, но без клинических проявлений недостаточности мозгового кровообращения;
- с умеренной и тяжелой хронической болезнью почек [скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <60 mL/min/1,73 м<sup>2</sup>];
- с семейным анамнезом раннего развития ССЗ у ближайших родственников.

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных+нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни — оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).

*Роль участкового (цехового) врача, врача общей практики (семейного) в профилактике ССЗ.* Профилактика ССЗ в учреждениях ПМСП, на индивидуальном и групповом уровнях должна быть системной и проводиться в постоянном режиме при всех обращениях за медицинской помощью по любому поводу, а не только во время проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров. При этом большое значение придается участковым (цеховым) врачам-терапевтам, врачам общей практики (семейным), фельдшерам, т.к. именно они имеют наиболее частые контакты с населением и в большинстве случаев хорошо информированы о социальном окружении своих пациентов и особенностях прикрепленного для медицинского наблюдения населения или трудовых коллективов.

Необходимо, чтобы все пациенты, обращающиеся в учреждения ПМСП знали уров-

<sup>2</sup> Адаптировано из European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) [3]

ни своих ФР и величину СС риска, поэтому, желательно уточнять уровни ФР и величину СС риска у всех лиц<sup>3</sup>, обратившихся впервые в текущем году по любому поводу за медицинской помощью, и в зависимости от конкретного состояния проводить поддерживающие краткие профилактические консультирования, что, несомненно, способствует закреплению не только знаний пациентов о факторах риска, но и мотивации к снижению повышенных уровней и выполнению рекомендованных врачебных назначений.

Выявление основных ФР и оценка СС риска целесообразны также и при обращении к врачу (фельдшеру) здравпункта и фельдшеру фельдшерско-акушерского пункта (ФАП) — приказом Минздрава России от 15.05.2012 г., № 543н в стандарт их оснащения включен экспресс-анализатор уровня общего ХС и глюкозы крови, а в функциональные обязанности введено проведение профилактики ССЗ.

Информация о наличии, уровнях ФР, данных пациенту рекомендациях и результатах их выполнения должна быть отражена в амбулаторной карте пациента.

Стратегия вторичной профилактики у лиц, имеющих доказанные ССЗ, осуществляется преимущественно лечащими участковыми врачами и врачами стационаров в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. Факторная профилактика ССЗ у этих лиц может проводиться врачами (фельдшерами) ОМП(КМП).

Следует особо подчеркнуть ведущую роль врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики в обеспечении непрерывности и преемственности мер по профилактике ССЗ (первичная профилактика) и их осложнений (вторичная профилактика), в том числе в рамках диспансеризации (см. раздел IV рекомендаций). Без их активной позиции и участия не может быть успешной вся профилактическая работа в первичном звене здравоохранения.

В функциональные обязанности участкового врача входит весь комплекс мер по вторичной профилактике ССЗ, осуществляемому в процессе диспансерного наблюдения (контроля) пациентов, согласно приказа МЗ РФ № 1344н от 21.12.12 г. (см. раздел IV рекомендаций, таблица 4.1).

*Роль врача-кардиолога ПМСП в профилактике ССЗ.* Врач-кардиолог помимо основных функциональных обязанностей по консультированию и лечению пациентов с ССЗ в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, также оказывает консуль-

тативно-методическую помощь врачам-терапевтам и врачам общей практики (семейным врачам) при оказании профилактических услуг кардиологическим пациентам и пациентам с высоким риском ССЗ, когда назначения могут быть сопряжены с рисками (например, увеличение уровня физической нагрузки или назначение никотинзаместительной терапии больным ИБС и др.). Кардиолог играет ключевую роль в реализации эффективной вторичной профилактики у больных, имеющих ССЗ, особенно при осложненном их течении, перенесших инфаркт миокарда, эндоваскулярные вмешательства и хирургические операции на сердце. Пациентам, находящимся под его диспансерным наблюдением, он проводит индивидуальное краткое, при необходимости углубленное, профилактическое консультирование, организует школы здоровья совместно с ОМП(КМП). Для коррекции поведенческих факторов риска ХНИЗ, он может направлять пациентов к врачу психотерапевту или психологу, а также в ОМП(КМП).

*Роль среднего медицинского персонала в профилактическом консультировании.* Профилактическое консультирование может проводиться средним медицинским работником при условии овладения им методов индивидуального углубленного профилактического консультирования и группового профилактического консультирования в рамках циклов тематического усовершенствования.

В ряде европейских стран в условиях различных систем оказания медицинской помощи показана результативность и эффективность вовлечения в профилактическую работу с пациентами, медицинских сестер. Так, например, в мультидисциплинарной профилактической программе EUROACTION (пациенты с ИБС и высоким риском ССЗ), проводившейся в восьми странах и координируемой медицинскими сестрами с ориентацией на семью (в стационаре и в амбулаторной практике), достигнуто в большинстве случаев оздоровление образа жизни: соблюдение принципов здорового питания, повышение уровня физической активности, а также более эффективный контроль повышенного АД.

*Серьезную угрозу для больных с ССЗ создают сезонные эпидемии гриппа.* По данным Центра контроля заболеваний и профилактики (CDC) в период сезонного гриппа 2010-2011 гг, среди взрослых, госпитализированных с лабораторно подтвержденным гриппом, 38% имели ССЗ. Риск заболеть гриппом, требующим госпитального лечения, у больных с ССЗ оказался в 2,7 раза выше, чем у остального населения аналогичного возраста. Результаты двух исследований показали

<sup>3</sup> За исключением лиц, прошедших диспансеризацию или профилактический медицинский осмотр в текущем году.

значительное снижение сердечно-сосудистой смертности в группе вакцинированных пациентов по сравнению с невакцинированными (6% и 17% соответственно в одном исследовании и 9,5% и 19 % соответственно в другом исследовании) [13].

Европейское кардиологическое общество [3, 14], Американская ассоциация сердца и Американская коллегия кардиологов [15] рекомендуют иммунизацию против гриппа инактивированной вакциной (вводится внутримышечно) в рамках комплексной вторичной профилактики у лиц с ИБС и другими ССЗ атеросклеротического генеза (класс I пользы рекомендации, уровень В доказательств).

В связи с явно недостаточным уровнем реализации этой достаточно простой и высоко эффективной профилактической меры, Государственный департамент здравоохранения США и Центр контроля заболеваний и профилактики в специальном обращении к медицинским провайдерам и специалистам первичной медико-санитарной помощи призывают их активизировать работу по убеждению пациентов с ССЗ не только ежегодно проводить вакцинацию против гриппа, но и использовать другие простейшие меры по профилактике респираторных вирусных инфекций [13, 16]:

- пользоваться разовыми бумажными салфетками, а не носовыми платками для прикрытия рта и носа во время кашля или чихания;
- стараться не прикасаться руками к глазам, носу и рту;
- часто мыть руки водой с мылом, особенно после кашля или чихания.

Для элиминации вирусов респираторных инфекций из полости рта и носа целесообразно также частое полоскание горла и промывание носа. В этом отношении интерес представляет специальный раствор для промывания носа Долфин, по своему электролитному составу близкий к морской воде (плазме крови) с добавками растительных экстрактов солодки и шиповника, который можно использовать также и для полоскания горла. Профилактический и терапевтический эффект от применения которого показан в ряде исследований [17].

Следует обратить внимание, что синдром общей интоксикации, кашель, насморк, головная боль являются мощными побудительными мотивами к отказу от курения, по этой причине на приеме курящего пациента с ОРЗ всегда необходимо краткое профилактическое консультирование по отказу от курения. В состав комплексной терапии таких пациентов,

кроме указанных мер элиминации вируса из полости рта и носа, целесообразно рекомендовать ингаляционное применение эфирных масел: по данным Шпагина Л.А и соавт. (2012) применение карманного ингалятора с эфирными маслами активно способствует снижению никотиновой зависимости и отказу от табакокурения.

*Роль врача (фельдшера) ОМП (КМП) в профилактике ССЗ, особенно первичной, является в учреждениях ПМСП ключевой. Врач (фельдшер) ОМП(КМП) помимо выполнения задач диспансеризации и профилактических медицинских осмотров (см. раздел IV рекомендаций) обеспечивает проведение комплекса профилактических мероприятий как в рамках первичной, так и вторичной профилактики ССЗ:*

- проводит индивидуальное углубленное профилактическое консультирование лиц с высоким и очень высоким суммарным СС риском с целью коррекции ФР, как по обращаемости, так и по направлениям врачей (фельдшеров);
- организует и проводит диспансерное наблюдение пациентов с высоким СС риском в соответствии с приказами МЗ РФ № 1006н от 03.12.12 г., №1011н от 06.12.12 г. и № 1344н от 21.12.12 г.;
- организует и проводит школы здоровья для пациентов с ФР ССЗ с участием лечащих врачей и медицинского психолога, при необходимости других специалистов (кардиолога, диетолога и пр.);
- оказывает на регулярной основе методическую помощь медицинским работникам учреждения по вопросам факторной профилактики ССЗ (плановые занятия, индивидуальные консультации, выступления на врачебных конференциях и др.);
- совместно с участковыми врачами-терапевтами проводит на регулярной основе работы по повышению уровня информированности населения, обслуживаемого медицинским учреждением, и его мотивации к сохранению и укреплению здоровья, ЗОЖ.

Контроль поведенческих ФР должен начинаться как можно раньше (с детского и подросткового возраста) и продолжаться в течение всей жизни, особенно у группы лиц высокого риска развития ССЗ и пациентов с ССЗ. Исследования свидетельствуют, что пациенты считают врачей надежным источником информации о здоровье и хотят получить от них квалифицированную помощь в отказе от вредных привычек и стереотипов поведения. Именно поэтому профилактическое консультирование пациентов с ССЗ и высоким риском их развития должно стать

неотъемлемой частью повседневной работы всех врачей (фельдшеров) ПМСП. Основные принципы профилактического консультирования лиц с ССЗ и высоким СС риском (краткого и углубленного) основываются на общих принципах профилактического консультирования (см. раздел XIII рекомендаций).

Эффективность любых профилактических мероприятий повышается при вовлечении в них семьи пациента. Показано, что члены семьи, особенно супруги, имеют сходные поведенческие привычки. Наличие семейного анамнеза АГ, СД, как правило, бывает тесно связано не столько с наследственными факторами, сколько с поведенческими традициями семьи, в частности, в отношении питания, физической активности, склонности к злоупотреблению алкоголем, курению. При этом важно учитывать и гендерные особенности — более расположенными к взаимодействию с врачами и выполнению врачебных назначений чаще бывают женщины, что целесообразно использовать для убеждения мужчин в необходимости модификации образа жизни и коррекции поведенческих ФР, т.к. показано, что мужчины, особенно молодого и среднего возраста, несмотря на наличие явных ФР, редко расположены к их коррекции и изменению образа жизни. В некоторых группах населения возможны затруднения при проведении профилактических мероприятий, что требует от врача не только профессиональной подготовки, но и знаний психологии поведения и навыков консультирования в таких ситуациях. Это относится к социально-неблагополучным группам (лица с низким и очень низким доходом, низким уровнем образования), пациентам, лишенным социальной поддержки (одиноко проживающие люди, потерявшие близких и пр.), находящихся нередко дома или на работе в состоянии стресса или психологической дезадаптации, имеющих тревожные и/или депрессивные состояния.

Оценка риска, нефармакологическая терапия и профилактическое консультирование должны осуществляться у всех больных с ССЗ независимо от вида и тяжести заболевания по выше изложенным принципам. Особенное значение эти действия имеют у больных с АГ и клиническими проявлениями атеросклероза любой локализации в силу их наиболее отчетливой зависимости от ФР ХНИЗ, широкой распространенности и определяющей доле в структуре смертности населения.

*Нефармакологическая терапия и профилактическое консультирование больных артериальной гипертензией.*

РКИ подтверждают эффективность нескольких нефармакологических профилак-

тических мер по снижению повышенного АД у пациентов с АГ за относительно короткие (до 1 года) и длительные (до 2 лет) периоды изучения результатов вмешательств. В частности, доказано достоверное снижение повышенного АД при снижении массы тела пациентов с избыточной массой тела, при повышении недостаточной физической активности, при снижении уровня потребления натрия (поваренной соли), при повышении потребления калия с пищевыми добавками, при снижении потребления алкоголя, при снижении уровня психоэмоционального напряжения/стресса [7].

В этих исследованиях определена и величина снижения АД в зависимости от применяемого вмешательства:

- снижение массы тела на 2-10 кг приводит к снижению уровня САД на 4-15 мм рт.ст.;
- умеренное повышение физической активности приводит к снижению уровня САД на 5-7 мм рт.ст.;
- снижение потребления соли до 100 ммоль/л (1 чайная ложка) приводит к снижению САД в среднем на 5,8 мм рт.ст.;
- потребление 60 ммоль (= 60 мг-экв) калия с пищевыми добавками приводит к снижению САД в среднем на 3,1 мм рт.ст.;
- сокращение на 50% потребления алкоголя у лиц, употреблявших 200-400 мл алкогольных напитков в неделю (в пересчете на чистый этанол), приводило к снижению САД в среднем на 3,3 мм рт.ст.;
- у лиц, получающих одно- или многокомпонентное вмешательство по управлению стрессом происходит снижение САД на 9-10 мм рт ст.

Перечисленные нефармакологические вмешательства являются также эффективными мерами для первичной профилактики АГ [8].

Оздоровление образа жизни может быть самостоятельной лечебной мерой у пациентов с незначительно повышенным АД, но ее также следует всегда рекомендовать пациентам с любым повышением АД, получающим АГП, поскольку это может существенно повысить эффективность лечения и позволит снизить дозы принимаемых лекарств.

*Изменение образа жизни при АГ включает:*

- отказ от курения;
- снижение избыточной массы тела;
- уменьшение потребления соли до 5 г/день;
- ограничение потребления алкоголя (не более 20 г/день у мужчин и не более 10 г/день этанола у женщин);
- потребление овощей/фруктов (не менее 400 г день);
- ограничение в рационе насыщенных жиров и холестерина;

- регулярную физическую активность при малоподвижном образе жизни.

Рекомендации пациентам с повышенным АД и уровни их доказательств представлены в таблице 7.3.

Методы фармакологической коррекции факторов риска ССЗ и вторичной профилактики ССЗ представлены в разделе VIII.

*Особенности профилактического консультирования больных с высоким и очень высоким суммарным СС риском и клиническими проявлениями атеросклероза любой локализации.*

У этой категории пациентов все профилактические мероприятия должны проводиться наиболее активно с целью достижения целевых уровней ФР. Наиболее оптимальный эффект достигается при мультидисциплинарных вмешательствах — сочетании усилий, знаний и навыков терапевтов,

медсестер, психологов, диетологов, кардиореабилитологов и врачей лечебной физкультуры, что существенно повышает эффективность вторичной профилактики ССЗ.

Доказана эффективность группового профилактического консультирования (Школы здоровья для больных) пациентов, перенесших ИМ, вмешательства по реваскуляризации миокарда, больных с АГ, СД, сердечной недостаточностью. Отечественный опыт работы «Коронарных клубов», «Школ для больных ИМ» и «Школ для больных, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования» показал, что технология группового обучения пациентов обеспечивает существенное улучшение основных показателей эффективности реабилитации и вторичной профилактики ИБС. Участие в групповом обучении не только дает больным необходимые знания, но и обеспечивает им необходимую социальную поддержку, как со стороны медицинских работников, так и со стороны

Таблица 7.3. **Рекомендации пациентам с повышенным АД и уровень их доказательств [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Образ жизни, включающий контроль массы тела, оптимизацию физической активности, ограничение потребления алкоголя, соли, увеличение потребления фруктов, овощей, потребление нежирных молочных продуктов, рекомендуется всем больным с АГ и лицам с высоким нормальным АД.	I	B
Оценка суммарного СС риска с использованием шкалы SCORE рекомендуется в качестве минимального требования для каждого пациента с повышенным АД.	I	B
Субклинические атеросклеротические поражения органов прогнозируют сердечно-сосудистые фатальные события независимо от СС риска, по этой причине оценку субклинических повреждений органов следует поощрять, особенно у лиц с низким или умеренным СС риском.	IIa	B
Рекомендуется сразу назначать медикаментозное лечение при АГ 3-й степени, а также у пациентов с 1-й или 2-й степенью АГ, которые имеют высокий или очень высокий СС риск.	I	C
У пациентов с АГ 1-й или 2-й степени, с умеренным суммарным СС риском, медикаментозное лечение может быть отложено на несколько недель, а у пациентов с АГ 1-й степени без каких-либо других ФР - на несколько месяцев для условия попытки снижения АД путем изменения образа жизни пациента.	IIb	C
Систолическое АД должно быть снижено до уровня менее 140 мм рт.ст. и диастолическое АД менее 90 мм рт.ст. у всех больных с АГ.	IIa	A
Все больные АГ с установленным ССЗ или сахарным диабетом 2 типа, или с высоким СС риском (по шкале SCORE) должны быть оценены с позиции назначения терапии статинами.	IIa	B
Антиагреганты, в частности, низкие дозы АСК, рекомендуются для больных АГ с сердечно-сосудистыми событиями (осложнениями).	I	A
Антитромбоцитарная терапия может рассматриваться у пациентов с АГ без ССЗ, но с пониженной функцией почек или при высоком СС риске.	IIb	A



других пациентов. Школа способствует формированию у больных адекватных представлений о причинах заболевания, пониманию факторов, влияющих на прогноз, значительно повышает приверженность больных и их близких следовать рекомендациям и назначениям врача, позволяет обучить больных навыкам, помогающим преодолеть сложившиеся годами негативные для здоровья стереотипы поведения.

Важной составной частью профилактического консультирования больных ССЗ является обучение пациентов навыкам самоконтроля и оказания самопомощи (контроль массы тела, особенно важен при застойной сердечной недостаточности; контроль АД, уровня глюкозы крови у больных СД, оказание самопомощи при ишемическом сердечном приступе, пароксизме мерцания предсердий, резком повышении АД и других состояниях). Необходимо обучить пациентов с ССЗ и лиц с высоким суммарным СС риском, а также их близких правилам неотложных действий, приема необходимых лекарств и своевременного вызова скорой медицинской помощи при острых жизнеугрожающих состояниях: при развитии острого коронарного синдрома, острого нарушения мозгового кровообращения, гипертонического криза, острой сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти (см. Приложение 2), как основных причин высокой внегоспитальной смертности в России — более 80% от числа всех умирающих от ССЗ [9].

В ряде стран имеется опыт программ самопомощи пациентам ССЗ (поддерживаются фондами, общественными организациями), которые направлены на повышение ответственности пациентов за контроль над заболеванием, включая приверженность лечению, формирование партнерства с врачом. Такие программы способствуют улучшению качества жизни пациентов, помогая им справляться с болезнью в повседневной жизни [10]. Рекомендации по самопомощи и уровень доказательств их пользы представлены в таблице 7.4.

*Профилактическое консультирование пациентов с ССЗ и психосоциальными факторами риска, которые являются независимыми*

ФР ССЗ, осложнений и смерти от ССЗ. К числу таких факторов относятся стресс острый и хронический (на работе и в семейной жизни), низкая социальная поддержка (социальная изоляция), низкий социально-экономический статус, тревожные и депрессивные состояния. Психосоциальные факторы в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность больных к лечению и выполнению рекомендаций по коррекции образа жизни, ухудшают качество жизни больных, увеличивают риск инвалидизации, что повышает расходы системы здравоохранения.

Основным методом выявления указанных психосоциальных факторов является опрос и сбор анамнеза пациента, а также применение различных анкет-опросников и тестирующих компьютерных программ, в том числе с выдачей заключения и персональных рекомендаций. Широко используется в клинической практике Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Приложение 4), валидизированная в России [11]. Шкала служит скрининговым инструментом для выявления наиболее часто встречающихся в общемедицинской практике психопатологических расстройств — тревожных состояний и депрессии.

Коррекция психосоциальных ФР способствует улучшению психологического статуса, качества жизни больных, их приверженности к медикаментозному лечению и изменению образа жизни в позитивном направлении. Лицам с низкой социальной поддержкой необходимо проведение разъяснительной беседы по поводу данного ФР. Рекомендуется расширение социальных контактов, участие в формальных и неформальных объединениях по интересам, а также групповом психологическом тренинге. Лицам с высоким суммарным СС риском, больным ССЗ, имеющим высокий уровень психоэмоционального стресса, даются следующие рекомендации:

- нормализовать повседневный режим труда и отдыха;
- обеспечить ночной сон длительностью не менее 7-8 часов;
- использовать выходные и праздничные дни, ежегодный отпуск для полноценного активного отдыха;

Таблица 7.4. **Рекомендации по самопомощи и уровень доказательств их пользы**[3]

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Пациенты с ССЗ могут участвовать в программе самопомощи по повышению осведомленности о необходимости коррекции ФР, поддержания уровня физической активности или в программе добросовестного самоуправления при приеме пероральных антикоагулянтов.	IIa	B

- оптимизировать физическую активность (по показаниям ежедневные пешие прогулки в среднем темпе, плавание, другие виды аэробной нагрузки);
- освоить несложные техники релаксации (дыхательный тренинг, аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация).

В случае необходимости проводится индивидуальное или групповое консультирование пациента у психолога/психотерапевта.

Из эффективных немедикаментозных мер коррекции психоэмоционального напряжения используются когнитивная и поведенческая психотерапия, увеличение физической активности и реабилитация в санаторно-курортных условиях (особенно после перенесенного ИМ, ОКС, инсульта, операции реваскуляризации миокарда).

При наличии клинически значимых симптомов тревоги и депрессии следует рассмотреть вопрос о проведении психотерапии, назначении медикаментов или их комбинации, что может способствовать коррекции аффективных симптомов и улучшению качества жизни, связанного со здоровьем, однако он не всегда позволяет достичь четкого положительного воздействия на прогноз ССЗ. Класс рекомендаций по коррекции психосоциальных факторов и уровень их доказательств представлены в таблице 7.5.

При клинически значимых тревожных расстройствах назначаются препараты с доказанным противотревожным (анксиолитическим) эффектом. Чаще всего используются бензодиазепиновые транквилизаторы, которые позволяют быстро купировать тревогу у самых разных категорий пациентов. Бензодиазепиновые транквилизаторы могут применяться только непродолжительное время в связи с опасностью развития привы-

кания. В этой связи представляется перспективным использование небензодиазепиновых анксиолитиков, к которым привыкание не развивается, например, гидроксизина или морфолиноэтилтиозтоксибензимидазола.

При депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях препаратами выбора являются антидепрессанты. Антидепрессанты нормализуют патологически измененное гипотимическое (депрессивное) настроение и способствуют редукции когнитивных, двигательных и соматовегетативных проявлений, обусловленных депрессией. В то же время антидепрессанты, помимо собственно антидепрессивного, имеют выраженное противотревожное действие, в связи с чем они эффективны в лечении смешанных тревожно-депрессивных состояний.

Для использования в общей медицинской практике рекомендуются антидепрессанты новых поколений, предпочтительно селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). У препаратов этой группы благоприятный кардиальный профиль, они хорошо переносятся и безопасны даже у наиболее уязвимых категорий больных, например, пожилых больных и больных ССЗ. Наибольшая доказательная база по применению антидепрессантов в кардиологической практике накоплена в отношении двух препаратов из группы СИОЗС — сертралина и циталопрама. Результаты РКИ свидетельствуют, что сертралин и циталопрам безопасны при назначении больным ИБС и эффективны при лечении депрессий средней тяжести, тяжелых и рекуррентных депрессий. Эти препараты являются препаратами выбора для лечения депрессий после перенесенного ИМ, других сердечно-сосудистых событий. Благоприятный кардиальный профиль и высокую терапевтическую эффек-

Таблица 7.5. **Рекомендации по управлению психосоциальными факторами [3]**

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Мультимодальные поведенческие вмешательства, включающие обучение пациента методам преодоления психоэмоционального напряжения/стресса, физические упражнения и психологическое консультирование, должны быть предписаны лицам с наличием психосоциальных факторов риска	I	A
В случае клинически значительных симптомов депрессии, тревожности и враждебности, должны быть рассмотрены психотерапия или психотерапия в сочетании с лекарственной терапией. Такой подход может уменьшить проявления указанных признаков и повысить качество жизни, связанное со здоровьем, хотя доказательств определенного положительного эффекта на кардиальные конечные точки неубедительны	IIa	A

тивность имеют также селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (тианептин). Трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы больным ССЗ *не рекомендуются*, ввиду их кардиотоксических эффектов.

Показано, что лечение постинфарктной депрессии не только способствует улучшению психоэмоционального состояния больных, но и позитивно влияет на приверженность пациентов к лечению в целом. Вопрос о том, может ли адекватное лечение депрессии современными антидепрессантами улучшить прогноз, в настоящее время остается открытым: противоречивые результаты были получены в ряде проспективных исследований (MIND-IT, SADHART, ENRICHD). По данным исследования ENRICHD, при назначении больным ИМ терапии СИОЗС достоверно уменьшалось число повторных сердечно-сосудистых событий в течение 6 месяцев наблюдения.

*При лечении депрессивных и тревожно-депрессивных состояний в кардиологической и общемедицинской практике целесообразно придерживаться следующих основных принципов [12]:*

- 1) назначать антидепрессанты только при депрессивных состояниях легкой/средней тяжести (по возможности после консультации с психиатром). Лечить тяжелые и рекуррентные депрессии может только врач-психиатр/психотерапевт;
- 2) отдавать предпочтение антидепрессантам новых поколений, прежде всего СИОЗС;
- 3) не превышать рекомендуемые терапевтические дозы антидепрессантов, например, эсциталопрам – 10 мг (1 таб. в сутки), циталопрам – 20 мг (1 таб. в сут), сертралин – 100 мг (1-2 таб. в сут). Эти дозы являются начальными и в то же время терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести, т.е. в большинстве случаев не требуется титрации дозы;
- 4) учитывать некоторую отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии. Желательно проинформировать об этом больного, чтобы он не ожидал немедленного положительного эффекта от приема антидепрессанта;
- 5) соблюдать определенную длительность курсового приема — не менее 1,5 месяцев. При необходимости длительность лечения может быть увеличена до 4–6 месяцев и более, в зависимости от состояния пациента. Для антидепрессантов новых поколений привыкание, а также синдром отмены не характерны.

## Список использованных источников

1. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2011 году. Минздрав России. – М., 2013. – 59 с.
2. Статистический сборник “Краткосрочные экономические показатели Российской Федерации”, Госкомстат России. Москва, 2008.
3. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701 doi:10.1093/eurheartj/ehs092
4. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации. Разработаны Комитетом экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Национальным научным обществом «Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация». Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2011, №6, Приложение 2.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я.. Эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний можно остановить усилением профилактики. *Профилактическая медицина* том 12 №6 2009.
6. Московская декларация, принятая по итогам работы Первой глобальной Министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям (28-29 апреля 2011 г.), <http://www.minzdravsoc.ru/health/zozh/71>
7. Sheridan S, Pignone M, Donahue K. Screening for High Blood Pressure: Review of the Evidence. Originally in *Am J Prev Med* 2003;25:151-8. U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/highbloodsc/hibloodrev.htm>.
8. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, Roccella EJ, Stout R, Vallbona C, Winston MC, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002;288(15):1882-8.
9. Бойцов С.А., Ипатов П.В., Кротов А.В. Смертность и летальность от болезней системы кровообращения, актуальность развития первой помощи для их снижения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007, № 4. С. 86 – 95.
10. Matchar DB, Jacobson A, Dolor R, Edson R, Uyeda L, Phibbs CS, Vertrees JE, Shih MC, Holodniy M, Lavori P. Effect of home testing of international normalized ratio on clinical events. *N Engl J Med* 2010;363:1608–1620.
11. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale/ *Acta Psychiatr. Scand.* 1983 – Vol.67 – P.361–370 Адаптирована Дробижевым М.Ю., 1993
12. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей. Под редакцией академика РАМН Р.Г. Оганова и профессора В.Н. Краснова. Приложение к журналу Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007, 1; 4-24
13. Flu and Heart Disease & Stroke. People with Heart Disease\* and Those Who Have Had a Stroke Are at Increased Risk of Complications from Influenza (the Flu). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <<http://www.cdc>

- gov/flu/heartdisease/index.htm>
14. Van de Werf F., Bax J., Betriu A. et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal* (2008) 29, 2909–2945.
  15. Davis M.M., Taubert K., Benin A.L. et al. Influenza Vaccination as Secondary Prevention for Cardiovascular Disease. A Science Advisory From the American Heart Association/American College of Cardiology. *Circulation*. 2006;114:1549-1553.
  16. Audience: People with heart disease CDC 2012–2013 Flu Season Word count: 571. Got Heart Disease? Make Sure You Get a Flu Vaccine! If you have heart disease, getting a flu vaccine every year is especially important for you. <<http://www.cdc.gov/flu/pdf/matte/flu-health-conditions.pdf> >
  17. Киселев А.Б., Склянова Н.А., Чаукина В.А., Стрельникова В. Г. Отчет о проведении многоцентрового, клинического, открытого, рандомизированного исследования клинической эффективности полного объемного промывания полости носа средством и устройством «Долфин»® («Динамика», Россия) в профилактике сезонной заболеваемости острыми респираторными инфекциями у детей. Интернет ресурс: <<http://www.dolphin.ru/files/lab-studies-2.pdf>>
  18. Шпагина Л.А., Герасименко О.Н., Дробышев В.А., Лазарева Э.Ш., Войтович Т.В. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: «Оценка влияния ингалятора эфирных масел на профиль табакокурения» Новосибирск 2012. Интернет ресурс: <<http://www.dolphin.ru/files/nosmoking.pdf>>

## VIII. Фармакологическая профилактика сердечно-сосудистых заболеваний

В последние десятилетия неотъемлемой частью клинической практики стали клинические рекомендации, которые служат методологической основой создания других документов: протоколов ведения больных, стандартов оказания медицинской помощи, используются для контроля качества медицинской помощи, а также в рамках системы непрерывного медицинского образования.

Делая выбор между лекарственными препаратами, врач в первую очередь, должен отдавать предпочтение тем из них, для которых *доказано влияние на прогноз заболевания*. Выбирая лекарства внутри того или иного класса препаратов, врач обязан следовать тому же принципу: учитывать доказательную базу конкретного препарата во влиянии на исход болезни и не переносить свойства одного препарата на другой. Следует помнить, что на улучшение прогноза можно, как правило, рассчитывать только в тех случаях, когда лекарственный препарат используется в тех же дозах, в которых он использовался в крупных РКИ. В свою очередь, выбор воспроизведенного препарата (дженерика) должен быть обоснован доступными данными о его *фармацевтической эквивалентности и биоэквивалентности*, аналогичными показаниями к назначению, производством по стандартам GMP (*"Good Manufacturing Practice"*, *Надлежащая производственная практика*)<sup>1</sup>, а также дан-

ными соответствия по эффективности и безопасности оригинальному препарату, полученными на основании методически грамотно проведенных клинических исследований по изучению терапевтической эквивалентности.

**Тактика профилактической фармакотерапии.** При выборе тактики ведения пациента, и в частности медикаментозного вмешательства при ССЗ, необходимо, в первую очередь, ориентироваться на степень суммарного СС риска. Поскольку практически все ХНИЗ несут в себе риск опасных для жизни осложнений, крайне важен вопрос, какие из лекарственных препаратов способны снизить этот риск. Доказано, что далеко не все лекарственные препараты однозначно продемонстрировали возможность улучшать прогноз жизни больных, некоторые препараты, несмотря на отчетливый их эффект на тот или иной клинический или биохимический показатель, могут отрицательно повлиять на прогноз заболевания (например, антиаритмические препараты). Поскольку профилактические вмешательства в большинстве случаев должны проводиться на протяжении всей жизни, нельзя забывать, что положительный эффект по влиянию на снижение фатальных или нефатальных сердечно-сосудистых событий всегда должен перевешивать потенциальный вред, который они могут вызвать (в том числе побочные эффекты лекарственных препаратов).

Очень важно, чтобы врач умел выделять препараты, назначаемые для снижения риска сердечно-сосудистых осложнений, мог *объяснить цель такой терапии больному*, поскольку данные препараты часто не оказывают никакого влияния на состояние боль-

<sup>1</sup> Это система норм, правил и указаний в отношении производства лекарственных средств, медицинских устройств, изделий диагностического назначения, продуктов питания, пищевых добавок и активных ингредиентов. Стандарт GMP регулирует и оценивает параметры производства и лабораторной проверки. Российский стандарт GMP утверждён постановлением Госстандарта России от 10.03.04 №160-ст — ГОСТ Р 52249-2009 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

ного, смысл их длительного и регулярного применения больному без соответствующих пояснений врача может быть непонятен.

Немаловажно, чтобы назначение препаратов для снижения СС риска было продолжено на всех этапах лечения и реабилитации пациента, в том числе санаторно-курортного лечения, поскольку сохранение преемственности профилактических мероприятий на различных этапах оказания медицинской помощи пациентам существенно повышает приверженность пациентов лечению.

Установлено, что программы вторичной профилактики снижают частоту госпитализаций, улучшают функциональное состояние, уменьшают общую смертность. Известно, что профилактика дает наиболее выраженный эффект у пациентов с высоким и очень высоким уровнем СС риска, к которым относятся людей среднего возраста и величины суммарного СС риска >5%. Критериями эффективности вторичной лекарственной профилактики считается достижение оптимальных клинико-лабораторных показателей и более жесткий контроль ФР у пациентов, относящихся к группе высокого риска, особенно при наличии связанных с атеросклерозом ССЗ или сахарного диабета.

В клинической практике целесообразно применять профилактические лекарственные средства, которые в РКИ продемонстрировали способность снижать риск сердеч-

но-сосудистых осложнений у определенных категорий больных.

**Антитромбоцитарные средства.** Назначение антитромбоцитарных препаратов, в первую очередь АСК, показано с целью снижения риска сердечно-сосудистых осложнений всем больным с верифицированными ССЗ атеросклеротического генеза (ИБС, сосудистые заболевания головного мозга, сосудистые заболевания периферических артерий) и не имеющим противопоказаний к их назначению. У больных атеросклерозом антитромбоцитарные препараты вызывают значительное снижение общей и сердечно-сосудистой смертности, частоты нефатального ИМ и инсульта. Дозы АСК для оказания антиагрегантного эффекта колеблются от 75 до 150 мг, риск побочных действий при их использовании относительно небольшой (1 случай на 1000 пролеченных в год больных). Наиболее опасными побочными действиями АСК являются нежелательные явления со стороны желудочно-кишечного тракта и внутричерепные кровотечения.

Для уменьшения проявлений побочного действия АСК на слизистую оболочку желудка возможно назначение препаратов, подавляющих секрецию желудочного сока. В то же время препараты, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, устойчивой к воздействию желудочного сока, достоверно не снизили вероятность развития кровотечений.

Таблица 8.1. **Рекомендации по антитромбоцитарной терапии**  
(Европейские рекомендации по кардиоваскулярной профилактике 2012 года [1])

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
При ОКС и в последующие 12 месяцев, рекомендуется двойная антитромбоцитарная терапия посредством ингибитора P2Y <sub>12</sub> (тикагрелор или прасугрел) в сочетании с АСК, при отсутствии таких противопоказаний, как высокий риск кровотечений	I	B
Клопидогрел (600 мг нагрузочная доза, 75 мг ежедневная доза) рекомендован пациентам, которые не могут получать тикагрелор или прасугрел	I	A
АСК рекомендована для вторичной профилактики в хронической стадии (>12 месяцев) после инфаркта миокарда	I	A
Пациентам с некардиоэмболической транзиторной ишемической атакой или ишемическим инсультом, рекомендуется вторичная профилактика дипиридамолом в сочетании с АСК или только клопидогрелем	I	A
В случае непереносимости дипиридамола (головная боль) или клопидогреля, рекомендуется использование одной АСК	I	A
У пациентов с некардиоэмболическими церебральными ишемическими событиями антикоагулянты не превосходят АСК и не рекомендованы	III	B
АСК или клопидогрел не рекомендуется пациентам без сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний в связи с повышенным риском развития больших кровотечений	III	B

Применение буферных агентов (гидроксид магния, карбонат кальция и др.) в комбинации с АСК патогенетически оправдано и направлено на снижение протеолитической активности желудочного сока, защиту слизистой желудка за счет увеличения уровня гликопротеинов в желудочном буферном слое, однако в настоящее время отсутствует общепризнанное мнение об их эффективности. Эрадикация инфекции *Helicobacter Pylori* значительно снижает риск вызванного АСК желудочно-кишечного кровотечения. Добавление эзомепразола к АСК существенно лучше предотвращает вероятность язвенного кровотечения, чем переход на прием клопидогреля.

Назначение *дипиридамола* в качестве препарата, предупреждающего тромбозы, доказано только для профилактики мозгового инсульта и в основном в комбинации с АСК. Дипиридамол назначался в лекарственной форме пролонгированного действия в суточной дозе 400 мг (такая форма в настоящее время в России не зарегистрирована). Даже в небольших дозах дипиридамол может вызвать появление синдрома «обкрадывания» поэтому его назначение *противопоказано больным с установленным диагнозом ИБС.*

АСК должна быть назначена всем больным со стабильно протекающей ИБС при отсутствии противопоказаний к ее назначению (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств), при непереносимости АСК необходимо заменить ее на клопидогрель (класс IIa пользы рекомендации) (Табл.8.1.).

**Бета-адреноблокаторы (БАБ).** При мета-анализах установлено, что после инфаркта миокарда лечение бета-блокаторами снижает общую смертность, частоту повторного ИМ и риск смерти от ИБС [2]. У больных ИБС, не переносивших ИМ и не имеющих сердечной недостаточности, доказательств положительного влияния бета-блокаторов на прогноз жизни не существует. Большинство бета-блокаторов изучались в качестве антиангинальных препаратов и могут использоваться в этом качестве.

Бета-блокаторы необходимо назначать всем больным, перенесшим ИМ и не имеющим противопоказаний к их назначению (бронхиальной астмы, синдрома слабости синусового узла). В первую очередь это относится к больным, перенесшим ИМ с подъемом сегмента ST электрокардиограммы (СТИМ), а также к больным, имеющим признаки сердечной недостаточности (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств). Основными бета-блокаторами для больных, перенесших ИМ,

должны быть метопролола тартрат (при отсутствии признаков нарушения функции миокарда) или карведилол (при наличии этих признаков). У больных ХСН терапия бета-блокаторами приводила к снижению общей смертности (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств). Основными бета-блокаторами в этом случае могут рассматриваться метопролола сукцинат пролонгированного действия, карведилол, бисопролол и небиволол (однако, у небиволола нет доказательств его влияния на смертность) (Табл. 8.2).

**Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ).** В целом ряде крупных РКИ изучалось влияние ингибиторов АПФ на течение неосложненной ИБС. Использование рамиприла (исследование HOPE) и периндоприла (исследование EUROPA) существенно улучшало прогноз жизни таких больных, однако использование в этой роли квинаприла (исследование QUIET) и трандолаприла (исследование PEACE) не повлияло на риск возникновения сердечно-сосудистых осложнений. [3, 4, 5, 6].

У больных с наличием сердечной недостаточности и бессимптомной дисфункцией левого желудочка ингибиторы АПФ снижали риск смерти, повторного ИМ и прогрессирования сердечной недостаточности. Лечение ингибиторами АПФ снижало также риск смерти после ИМ. Таким образом, результаты исследований ингибиторов АПФ у больных с ИБС оказались неоднозначными (класс IIa пользы рекомендации, уровень B доказательств).

В исследовании PROGRESS снижение АД при применении ингибитора АПФ (периндоприл) и диуретика привело к значительному снижению частоты инсульта и коронарных осложнений. В исследовании HOPE у пациентов в возрасте старше 55 лет с сахарным диабетом и дополнительным ФР (но без дисфункции левого желудочка и неконтролируемой АГ) ингибитор АПФ снижал риск смерти и ИМ [7] (Табл. 8.3.).

**Антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА).** Специальных РКИ по изучению влияния антагонистов рецепторов ангиотензина на прогноз жизни стабильно протекающей ИБС не проводилось. Предполагалось, что АРА окажет более выраженный эффект у пациентов, перенесших ИМ с нарушенной функцией левого желудочка. Однако исследования OPTIMAAL и VALIANT этого не подтвердили [8, 9], тем не менее лозартан и валсартан могут использоваться у таких пациентов при плохой переносимости ингибиторов АПФ.

**Антикоагулянты.** Пероральные антикоагулянты (ОАК) показаны при повышенном риске тромбозомболических осложнений, осо-

бенно при наличии фибрилляции предсердий (ФП). Для определения риска развития ишемического инсульта при ФП рекомендуется использовать шкалу CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc [10] (Табл. 8.4.)

Во всех случаях, когда обсуждается антикоагулянтная терапия, *следует информировать пациента* о достоинствах и недостатках препаратов, оценить риск геморрагических осложнений, способность пациента контролировать результаты терапии и его предпочтения. Кроме того, назначение не прямых антикоагулянтов показано больным, перенесшим ИМ, у которых высокий риск тромboэмболических осложнений (обширный передний ИМ, аневризма ЛЖ с пристеночным тромбом).

**Гиполипидемические препараты.** Из всех гиполипидемических препаратов, которые применялись для коррекции нарушений липидного обмена наибольший эффект в отношении влияния на прогноз, безусловно оказали статины (Табл. 8.5.). Наибольший приоритет для назначения статинов имеют пациенты с ССЗ не зависимо от исходного уровня липидов. У пациентов с очень высоким СС риском оптимальные значения ХС ЛПНП должны быть менее 1,8 ммоль/л (или 70 мг/дл), в тех случаях, когда целевой уровень не может быть достигнут, допускается снижение исходного уровня ХС-ЛПНП на 50% и более от исходного (класс I, уровень A) (Табл. 8.6.).

### Препараты метаболического действия.

Препараты метаболического, кардиопротективного и антиоксидантного действия (этилметилгидроксипиридина сукцинат, триметазидин, мельдоний и др.) широко и успешно используются в составе комплексной терапии ИБС и других ССЗ, улучшая качество жизни и функциональный статус пациентов [31-33], однако при их применении с профилактической целью необходимо учитывать, что способность указанных препаратов улучшать отдаленный прогноз у пациентов с ИБС и ССЗ не доказана.

### Медикаментозная профилактика атеросклероза

Нарушение липидного обмена является одним из самых значимых факторов риска ССЗ, в первую очередь ИБС. Существует прямая зависимость между уровнем общего ХС в сыворотке крови и вероятностью появления сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь ИБС. Степень повышения уровня ХС используется в современных алгоритмах оценки СС риска. Установлено, что снижение уровня общего ХС в популяции на 10 % приводит к снижению смертности от ИБС на 15% и общей смертности на 11%. Контролем повышенного уровня ХС в значительной степени объясняется снижение смертности от ИБС, зарегистрированное в последние десятилетия в США и странах Западной Европы. Вследствие того, что повышение уровня

Таблица 8.2. Доказанность действия бета-адреноблокаторов при различных заболеваниях

Заболевания	Препараты
Стабильная стенокардия напряжения (антиангинальное действие)	все представители класса
Хроническая сердечная недостаточность	метопролола сукцинат пролонгированного действия, бисопролол, карведилол, небиволол*
Перенесенный инфаркт миокарда	метопролола тартрат, карведилол, пропранолол
Сахарный диабет	атенолол, карведилол

\* - действие небиволола продемонстрировано лишь в одном РКИ (уровень В доказательств), нет доказательств влияния на смертность.

Таблица 8.3. Доказанность действия ингибиторов АПФ при СС заболеваниях

Заболевания	Препараты
Антигипертензивная терапия (собственно антигипертензивный эффект)	все представители класса
Хроническая сердечная недостаточность	эналаприл, каптоприл, лизиноприл, хинаприл*
Острая стадия инфаркта миокарда (менее 2 суток)	каптоприл, лизиноприл, зофеноприл
Перенесенный инфаркт миокарда	каптоприл, эналаприл, лизиноприл, зофеноприл, рамиприл, трандалоприл
Хроническая ишемическая болезнь сердца	рамиприл, периндоприл

\* Российским кардиологическим обществом и Обществом специалистов по сердечной недостаточности рекомендован также к применению при сердечной недостаточности хинаприл (Quinapril) [35]

ХС может долгое время не сопровождаться никакими клиническими проявлениями, воздействие на этот ФР обычно начинается слишком поздно и уже не способно предотвратить развитие заболевания [1].

Уровни ХС ЛПНП (ммоль/л), при которых следует начинать терапию дислипидемии в зависимости от категории риска, представлены в таблице 8.7.

В настоящее время доступны следующие холестеринснижающие препараты:

- ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А редуктазы (статины),
- фибраты,
- секвестранты желчных кислот (ионообменные смолы),
- ниацин (никотиновая кислота),

- селективные ингибиторы абсорбции холестерина в кишечнике (эзетимиб).

Наибольшую доказательную базу в снижении частоты возникновения ССЗ и смертности имеют статины. Показано, что статины в дозах, эффективно снижающих исходные уровни ХС ЛПНП до 50%, останавливают прогрессирование коронарного атеросклероза или даже вызывают его регрессию.

Лечение препаратами, не относящимися к статинам.

Селективные ингибиторы всасывания холестерина в кишечнике не используются в качестве монотерапии для снижения концентрации ХС ЛПНП.

Таблица 8.4. Предупреждение тромбэмболических осложнений при неклапанной фибрилляции предсердий\* (общие положения) [10]

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Антитромботическая терапия с целью предупреждения тромбэмболий рекомендована всем пациентам с ФП, кроме пациентов с низким риском (возраст < 65 лет и изолированная ФП) или наличием противопоказаний	I	A
Выбор антитромботической терапии должен быть основан на оценке абсолютных рисков инсульта/тромбэмболий и кровотечений и клинической пользе для конкретного пациента	I	A
Шкала CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc рекомендована для оценки риска инсульта при неклапанной форме ФП	I	A
Для пациентов с CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc=0 (возраст < 65 лет и изолированная ФП) с низким риском, без факторов риска антитромботическая терапия не показана	I	B
Для пациентов с CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc ≥ 2 ОАК: - подобранные дозы антагонистов витамина К** (МНО 2,0-3,0); или - прямые ингибиторы тромбина (дабигатран); или - ингибиторы Ха фактора (ривароксабан или апиксабан) рекомендованы, если нет противопоказаний к их назначению	I	A
Для пациентов с CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc=1 ОАК: - подобранные дозы антагонистов витамина К (МНО 2,0-3,0); или - прямые ингибиторы тромбина (дабигатран); или - ингибиторы Ха фактора (ривароксабан или апиксабан) назначение может рассматриваться с учетом оценки риска кровотечений и предпочтений пациента	IIa	A
Женщины моложе 65 лет с изолированной ФП (CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc=1 из-за полового признака) относятся к пациентам низкого риска, антитромботическая терапия не показана	IIa	B
В случае отказа пациента от ОАК (антагонисты витамина К или новые пероральные антикоагулянты) может рассматриваться терапия антитромбоцитарными препаратами: АСК 75-100 мг совместно с клопидогелем 75 мг (при низком риске кровотечения) или АСК 75-325 мг, что менее эффективно	IIa	B

\*При фибрилляции предсердий клапанной этиологии и у пациентов после имплантации искусственных клапанов сердца в качестве антикоагулянтов используется варфарин, т.к. применение дабигатрана у таких больных запрещено FDA и другими контрольными органами, а другие новые антикоагулянты в данных клинических ситуациях не изучались.

\*\*Из антагонистов витамина К наиболее апробированным препаратом, имеющим большую доказательную базу, является варфарин



Секвестранты желчных кислот снижают уровни общего ХС и ХС ЛПНП, но способны повышать концентрацию триглицеридов.

Рандомизированные клинические исследования фибратов и в частности фенофибрата (исследование FIELD, n=9795 пациентов) показало, что назначение его в течение 5 лет в дозе 200 мг не влияло на вероятность первичной конечной точки (смертность от ИБС или возникновение нефатального ИМ), возможно, из-за того, что в контрольной группе большая часть больных (в сравнении с группой лечения фенофибрата), получала статины. Однако, при сравнении с группой не принимавшей статины, монотерапия фенофибрата привела у пациентов с выраженной дислипидемией к достоверному снижению относительного кардиоваскулярного риска на 27% (p=0,005) и на 19% в общей популяции, а также к снижению количества нефатальных ИМ и операций ревакуляризации миокарда на 21%.

Фибраты и ниацин преимущественно применяются для снижения уровня триглицеридов и повышения концентрации ХС-ЛПВП, в то же время препараты омега 3 полиненасыщенных жирных кислот (содержащие не менее 90% этиловых эфиров ЭПК и ДГК в соотношении 1.2/1) в дозе 2–4 г/сутки используется для снижения содержания триглицеридов.

Статины должны быть использованы в качестве *препаратов первой линии* у пациентов с гиперхолестеринемией или комбинированной гиперлипидемией.

При назначении гиполипидемической терапии необходимо ориентироваться на оптимальный целевой уровень ХС ЛПНП в зависимости от величины СС риска:

- У пациентов группы очень высокого СС риска целевой уровень ХС ЛПНП составляет < 1,8 ммоль/л и/или, в случае невозможности его достижения, рекомендуется снизить уровень ХС-ЛПНП на 50% от исходного значения.
- У пациентов группы высокого СС риска целевой уровень ХС ЛПНП составляет < 2,5 ммоль/л.
- У пациентов из группы умеренного СС риска целевой уровень ХС ЛПНП составляет < 3,0 ммоль/л.

Ориентировочная схема подбора дозы статинов у пациентов с различными клиническими состояниями представлена в Приложении 3 [29, 30].

Повышенная активность ферментов печени в плазме крови встречается относительно редко и в большинстве случаев носит обратимый характер, у 5–10% больных, принимающих статины, развивается миопатия, рабдомиолиз встречается крайне редко. Риск миопатии может быть минимизирован путем выявления уязвимых групп пациентов и/или путем исключения взаимодействия статинов со специфическими препаратами. Назначению статинов должен предшествовать анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ, КФК. Через 4–6 недель лечения следует оценить переносимость и безопасность лечения (повторный анализ крови на липиды, АСТ, АЛТ) [12].

**Медикаментозная профилактика осложнений АГ.** Артериальная гипертензия является одним из важнейших ФР сердечно-сосудистых осложнений, соответственно ее коррекция рассматривается как один

Таблица 8.5. Основные классы гиполипидемических препаратов

Препараты	Действие на липиды	Побочные эффекты	Противопоказания	Влияние на прогноз
Статины	ЛНП ↓ 18-55% ЛВП ↑ 5-15% ТГ ↓ 7-30%	Миопатия, повышение трансаминаз	Острые или хр.заболевания печени	Уменьшение общей смертности, ИБС, инсульта
Секвестранты желчных к-т	ЛНП ↓ 15-30% ЛВП ↑ 3-5% ТГ не изм.	Диспепсия, снижение абсорбции других препаратов	ТГ > 400 мг/дл	Уменьшение смертности от ИБС
Никотиновая кислота	ЛНП ↓ 5-25% ЛВП ↑ 15-35% ТГ ↓ 20-50%	Чувство жара, гипергликемия, подагра, диспепсия, гепатотоксичность	Хронические заболевания печени, подагра, СД, язвенная болезнь	Уменьшение коронарных событий
Фибраты	ЛНП ↓ 5-20% ЛВП ↑ 10-20% ТГ ↓ 20-50%	Диспепсия, камни в желчном пузыре, миопатия	Нарушение функции печени и почек	Уменьшение коронарных событий
Блокаторы обратного всасывания ХС	ЛНП ↓ 15% ЛВП и ТГ не изменяются	Диспепсия	?	Пока не известно

из необходимых компонентов стратегии, направленной на улучшение прогноза жизни. Доказано, что у определенной части лиц с АГ, АД может быть скорректировано только с помощью мер немедикаментозного воздействия, однако доля таких лиц невысока и оценивается примерно в 10%. Большинство больных АГ для адекватного контроля АД нуждается в медикаментозной терапии.

Решение о начале фармакотерапии зависит не только от уровня АД, но также от общего СС риска, что требует подробного сбора анамнеза, осмотра и лабораторного обследования, чтобы определить:

- наличие клинически установленного сердечно-сосудистого или почечного заболеваний;
- наличие субклинического ССЗ;
- другие сопутствующие сердечно-сосудистые факторы риска.

Получены достаточные доказательства, чтобы рекомендовать снижение САД до <140 мм рт.ст., ДАД до <90 мм рт.ст. у всех пациентов с АГ.

Первые клинические исследования, продемонстрировавшие, что длительная медикаментозная терапия, направленная на снижение АД, способна снизить риск СС осложнений, были выполнены в середине 60-х гг. XX века. В них использовались препараты центрального действия, вазодилататоры и диуретики. Наиболее крупные клинические исследования, доказавшие способность антигипертензивных препаратов (АГП) улучшать прогноз жизни больных с АГ в сравнении с плацебо, были выполнены с использованием диуретиков и БАБ.

**Комбинированная терапия артериальной гипертензии.** Традиционно практически во всех крупных клинических испытаниях имелась возможность (и реально использовалась) комбинированной терапии АГП. С конца 60-х гг. в этой области утвердился принцип так называемой ступенчатой терапии, направленной на снижение АД. Основой для этого служил расчет на минимизацию побочных действий лекарственного препарата и возможность потенцирования терапевтического эффекта при совместном назначении нескольких АГП разного механизма действия. Поэтому принцип комбини-

Таблица 8.6. **Рекомендации по лечению гиперлипидемий**  
(Европейские рекомендации по кардиоваскулярной профилактике 2012 года[1])

Рекомендации	Класс пользы	Уровень доказательств
Рекомендованный целевой уровень < 5 ммоль/л (менее ~ 190 мг/дл) для общего ХС плазмы и < 3 ммоль/л (менее ~ 115 мг/дл) для ХС ЛПНП у пациентов с низким и умеренным СС риском	I	A
У пациентов с высоким СС риском рекомендуется целевой уровень ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л (менее ~ 100 мг/дл)	I	A
У пациентов с очень высоким СС риском рекомендованный целевой уровень ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л (менее ~ 70 мг/дл) или снижение ХС ЛПНП на ≥ 50%, когда целевой уровень не может быть достигнут	I	A
Все пациенты с наследственной гиперхолестеринемией должны быть отнесены к группе высокого риска и принимать липидснижающую терапию	I	A
У пациентов с ОКС терапия статинами в высокой дозе должна начинаться пока пациент находится в стационаре	I	A
Профилактика негеморрагического инсульта: терапия статинами должна начинаться у всех пациентов с установленным атеросклеротическим заболеванием и у пациентов высокого СС риска. Терапия статинами должна начинаться у пациентов с некардиоэмболическим инсультом в анамнезе	I	A
При окклюзирующих заболеваниях артерий нижних конечностей и сонных артерий, являющихся эквивалентными ИБС, рекомендуется назначение липидснижающей терапии	I	A
Статины должны быть отнесены к препаратам первой линии у пациентов с дислипидемией при трансплантации	IIa	B
Хроническая болезнь почек (стадия 2–5, т. е. СКФ < 90 мл/мин/1,73 м <sup>3</sup> ) должна быть признана как риск-эквивалент ИБС и целевой уровень ХС ЛПНП у этих пациентов должен быть адаптирован в зависимости от степени почечной недостаточности	IIa	C

рованной лекарственной терапии АГ находят в той или иной степени отражение практически во всех современных клинических рекомендациях по лечению АГ, хотя строгих РКИ по сравнению монотерапии АГП с комбинированной терапией не проводилось.

Существует весьма ограниченный по объему мета-анализ, в который было включено всего 11000 больных, продемонстрировавший, что комбинированное назначение двух АГП разных классов дает значительно больший антигипертензивный эффект в сравнении с увеличением дозы одного АГП. Европейские рекомендации 2007 г. по лечению АГ значительно расширили круг больных, которым сразу же должна назначаться комбинированная терапия АГП.

Выделяют более желательные и менее желательные комбинации АГП, однако это деление условно и, как правило, не основано на высоком классе доказательств. Есть определенные основания считать нежелательной комбинацию БАБ и тиазидных диуретиков у больных с выраженными метаболическими факторами риска.

**Осложненная артериальная гипертензия.** Наличие тех или иных осложнений АГ существенно ухудшает ее прогноз. Поэтому при постановке диагноза АГ обязательно оценивать наличие поражения органов мишеней и ассоциированных клинических состояний и указывать степень риска. Роль разных антигипертензивных препаратов во влиянии на прогноз неодинаково при разных видах

Таблица 8.7. Уровни ХС ЛПНП, при которых следует начинать терапию дислипидемии в зависимости от величины суммарного СС риска [11]

Суммарный риск развития ССЗ (SCORE), %	Уровень холестерина ЛПНП				
	<70 мг/дл <1,8 ммоль/л	от 70 до <100 мг/дл от 1,8 до <2,5 ммоль/л	от 100 до <155 мг/дл от 2,5 до <4,0 ммоль/л	от 155 до <190 мг/дл от 4,0 до <4,9 ммоль/л	>190 мг/дл >4,9 ммоль/л
<1	Вмешательство в липидный обмен не требуется	Вмешательство в липидный обмен не требуется	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни, при необходимости лекарственная терапия**
Класс <sup>а</sup> /уровень <sup>б</sup>	I/C	I/C	I/C	I/C	IIa/A
от ≥1 до <5	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни	Изменение образа жизни, при необходимости лекарственная терапия	Изменение образа жизни, при необходимости лекарственная терапия	Изменение образа жизни, при необходимости лекарственная терапия**
Класс <sup>а</sup> /уровень <sup>б</sup>	I/C	I/C	IIa/A	IIa/A	I/A
от >5 до <10, высокий риск	Изменение образа жизни, лекарственная терапия*	Изменение образа жизни, лекарственная терапия*	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии
Класс <sup>а</sup> /уровень <sup>б</sup>	IIa/A	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A
≥10, очень высокий риск	Изменение образа жизни, лекарственная терапия*	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии	Изменение образа жизни и немедленное начало лекарственной терапии
Класс <sup>а</sup> /уровень <sup>б</sup>	IIa/A	IIa/A	I/A	I/A	I/A

\* Пациентам с инфарктом миокарда статины необходимо назначать независимо от уровня холестерина ЛПНП

\*\* у пациентов с низким риском повторное выявление уровня ХС ЛПНП 5 и более ммоль/л, резистентное к диете, является показанием для назначения статинов

<sup>а</sup> Класс пользы рекомендации. <sup>б</sup> Уровень доказательств.

осложнений АГ. Поэтому наличие тех или иных осложнений (поражения органов-мишеней или ассоциированных клинических состояний) накладывает существенный отпечаток на выбор препарата для лечения АГ (Таблица 8.8.).

Гипертрофия левого желудочка(ГЛЖ). Длительное время ведутся споры, какие из современных антигипертензивных препаратов в большей степени способны замедлить прогрессирование ГЛЖ и вызвать ее обратное развитие. Результаты ряда мета-анализов позволили прийти к выводу, что наилучшим действием в этих случаях обладают ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина и дигидропиридиновые антагонисты кальция.

ИБС и стенокардия напряжения. Для лечения АГ в первую очередь используют бета-блокаторы, предпочтение отдают кардиоселективным препаратам, их следует назначать в дозе, обеспечивающей отчетливую блокаду бета-адренорецепторов (оптимальная частота сердечных сокращений — 55-60 в мин).

При наличии противопоказаний к бета-блокаторам или их плохой переносимости назначают недигидропиридиновые антагонисты кальция — верапамил или дилтиазем. При недостаточном эффекте бета-блокаторов их в первую очередь следует комбинировать с дигидропиридиновыми антагонистами кальция второго поколения.

Перенесенный инфаркт миокарда. Для лечения АГ у таких больных в первую очередь используют бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, в случае плохой переносимости последних — антагонисты рецепторов ангиотензина.

Хроническая сердечная недостаточность. Наиболее предпочтительными антигипертензивными препаратами в этом случае являются диуретики, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина, а также антагонисты альдостерона.

Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. АГ является самым главным фактором риска появления мерцательной аритмии. Увеличение левого предсердия и увеличение массы левого желудочка явля-

Таблица 8.8. **Рекомендации по выбору антигипертензивных препаратов при различных сердечно-сосудистых заболеваниях и состояниях [13, 34]**

<b>Субклиническое поражение органов</b>	
ГЛЖ	ИАПФ, АК, АРА
Бессимптомный атеросклероз	АК, ИАПФ
Микроальбуминурия	ИАПФ, АРА
Нарушение функции почек	ИАПФ, АРА, агонисты имидазолиновых рецепторов
<b>Клинические события</b>	
Перенесенный инсульт	Диуретики, ИАПФ, АРА или любой снижающий АД препарат*
Перенесенный инфаркт миокарда	ББ, ИАПФ, АРА
Стенокардия напряжения	ББ, АК
Сердечная недостаточность	диуретики, ББ, ИАПФ, АРА, антагонисты альдостерона
Фибрилляция предсердий преходящая постоянная	АРА, ИАПФ ББ, недигидропиридиновые АК
Почечная недостаточность	ИАПФ, АРА, петлевые диуретики
Заболевания периферических артерий	АК
<b>Состояния</b>	
Изолированная систолическая гипертензия (пожилые)	диуретики, АК
Метаболический синдром	ИАПФ, АРА, АК, агонисты имидазолиновых рецепторов
Сахарный диабет	ИАПФ, АРА, агонисты имидазолиновых рецепторов
Беременность	АК, метилдофа, ББ
Принадлежность к черной расе	диуретики, АК

\* для АРА данные противоречивые, не во всех исследованиях получены положительные результаты, согласно Рекомендациям ESC/ESH, 2007г. – любой снижающий АД препарат

ются независимыми предикторами новых эпизодов мерцания предсердий. Считается, что использование антагонистов рецепторов ангиотензина в качестве антигипертензивных препаратов, добавляемых к терапии амиодароном, является предпочтительным.

Постоянная форма фибрилляции предсердий. Бета-блокаторы или недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил или дилтиазем) одновременно обеспечивают контроль АД при АГ и контроль частоты сердечных сокращений.

Сахарный диабет. Лечение АГ у лиц с сахарным диабетом должно быть более активным (целевые цифры АД должны быть меньше, чем 130/80 мм рт.ст.). В крупных рандомизированных исследованиях для лечения АГ у больных с сахарным диабетом 2-го типа использовались диуретики (обычно в комбинации с бета-блокаторами), антагонисты кальция и ингибиторы АПФ, все эти исследования показали положительное влияние этих препаратов на прогноз жизни больных. В связи с этим считается, что главный эффект оказывает снижение АД как таковое, а не действие конкретного лекарственного препарата. Тем не менее считается, что тиазидные диуретики и бета-блокаторы не должны быть препаратами первого выбора, так как они ухудшают чувствительность к инсулину и приводят к увеличению потребности в сахароснижающих препаратах. В качестве препаратов первого выбора у больных сахарным диабетом рекомендуются ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов ангиотензина.

Следует учитывать, что достижение целевых цифр АД у больных сахарным диабетом является трудной задачей: для этого требуется, как правило, использование двух, трех или даже четырех лекарственных препаратов.

Метаболический синдром. Крупных контролируемых исследований, посвященных выбору АГП при метаболическом синдроме, не проводилось. Считается, что препаратами первого выбора должны служить ингибиторы АПФ, антагонисты рецепторов ангиотензина или антагонисты кальция. Следует избегать назначения бета-адреноблокаторов, если нет специальных показаний к их назначению, поскольку эти препараты могут способствовать увеличению массы тела и нарушать чувствительность к инсулину. В этом отношении преимуществом обладают агонисты имидазолиновых рецепторов (моксонидин) в связи с их свойством на 21% улучшать чувствительность тканей к инсулину и нормализовывать углеводный обмен [37]. Эти эффекты, однако, менее выражены или даже отсутствуют у бета-блокаторов с дополнительными вазодилатирующими свойствами – карведилола и небиволола.

Нарушение функции почек. До внедрения в клиническую практику современных АГП нарушение функции почек было одним из самых частых осложнений АГ, в настоящее время это осложнение встречается значительно реже. Наличие нарушенной функции почек (в первую очередь протеинурии) диктует необходимость снижения АД. Целевое АД у больных с экскрецией альбумина  $\geq 30$  мг/сут должно быть: систолическое —  $\leq 130$  мм рт. ст., диастолическое —  $\leq 80$  мм рт. ст. У больных с ХБП без повышенной экскреции альбумина целевое АД соответствует общепринятому ( $\leq 140/90$  мм рт. ст.) В ряде исследований было показано, что назначение антагонистов рецепторов ангиотензина у больных с недиабетической этиологией нарушенной функции почек способно отсрочить развитие терминальной почечной недостаточности. Однако для достижения целевых цифр АД у таких больных требуется использование нескольких (иногда 3-4) АГП. В состав таких комбинаций у больных АГ и нарушенной функцией почек обязательно должны входить либо ингибиторы АПФ, либо антагонисты рецепторов ангиотензина. Считается перспективным совместное назначение этих двух групп препаратов, однако для окончательного суждения о целесообразности широкого применения такой комбинации необходимы дальнейшие исследования.

Цереброваскулярные заболевания. В ряде контролируемых исследований доказано, что назначение антигипертензивных препаратов больным, перенесшим мозговую инсульт или транзиторную ишемическую атаку, существенно снижает вероятность повторного мозгового инсульта и других сердечно-сосудистых осложнений. Такое действие было продемонстрировано для тиазидоподобного диуретика индапамидом (исследование PATS) и комбинации ингибитора АПФ периндоприла с индапамидом (исследование PROGRESS). В исследовании HOPE в подгруппе больных, перенесших мозговую инсульт, назначение ингибитора АПФ рамиприла снижало вероятность повторного инсульта. В исследовании MOSES антагонист рецепторов к ангиотензину эпросартан был более эффективным по сравнению с блокатором кальциевых каналов нитрендипином по достижению комбинированной первичной конечной точки. Вместе с тем, другой препарат этого класса телмисартан в исследовании PROGRESS не оказал никакого влияния на вероятность развития повторного инсульта.

Заболевания периферических артерий. Доказанная способность современных дигидропиридиновых антагонистов кальция тормозить рост атеросклеротических бляшек делает эти препараты основными для лечения

АГ у больных с признаками атеросклероза периферических артерий (перемежающейся хромотой, атеросклерозом сонных артерий).

### **Медикаментозная терапия табакокурения**

Наибольшая доказательная база в настоящее время накоплена для ряда лекарственных препаратов, используемых для медикаментозной терапии никотинозависимости. К таким лекарственным средствам относятся никотинзаместительная терапия (жевательная резинка, назальный спрей, ингалятор, леденцы, пластырь; цитизин, варениклин и бупропион (антидепрессант, воздействующий на адренергические и дофаминергические пути проведения)). В России бупропион не зарегистрирован.

Лечение состоит из двух этапов: на первом этапе проводится постоянная (базовая) терапия никотинзамещающими препаратами в течение 1-2 недель отказа от курения. Затем проводится постепенное снижение дозы никотина до полной отмены никотинзамещающих препаратов (продолжительность этого этапа индивидуальна). На данном этапе возможно использование любых лекарственных форм никотинсодержащих лекарственных препаратов. Общая продолжительность лечения составляет 3-6 месяцев, снижение дозы препарата до полной его отмены проводят в течение 2-3 месяцев. После отмены базовой терапии рекомендован ситуационный прием никотинсодержащих препаратов при появлении симптомов никотиновой абстиненции или при возникновении ситуаций, вызывающих у пациента желание курить. Для лечения никотиновой зависимости в России зарегистрирован препарат растительного происхождения цитизин, содержащий алкалоиды ракичника (*Cytisus laburnum*, лат.). Цитизин оказывает синергичное никотину действие на н-ацетилхолиновые (н-АЦХ) рецепторы, в результате которого при сочетании приема препарата с курением усиливаются все побочные эффекты никотина, что способствует отказу от курения [14]. Варениклин — агонист (частичный) и антагонист н-ацетилхолинорецепторов с высокой аффинностью и селективностью связывается с  $\alpha 4\beta 2$  никотиновыми ацетилхолиновыми рецепторами головного мозга, в отношении которых он является как частичным агонистом, (но в меньшей степени чем никотин), так и антагонистом в присутствии никотина. Выпускается в таблетках для перорального приема. Рекомендуемая схема приема препарата следующая: в первые 3 дня варениклин принимается в дозе 0,5 мг 1 раз в день, в последующие 4 дня доза увеличивается до 1 мг в сутки (по 0,5 мг 2 раза в день), со вто-

рой недели лечения препарат принимают по 1 мг 2 раза в день. Обычно период лечения составляет 12 недель. При возникновении побочных эффектов доза препарата может быть уменьшена до 1 мг в сутки при сохраняющемся двукратном приеме. При неудачных результатах лечения и возвращении к табакокурению рекомендуется провести повторный 12-недельный курс терапии варениклином по предложенной схеме. Наиболее частым побочным эффектом варениклина является тошнота, чаще слабой или умеренной выраженности, не требующей отмены лечения. Однако необходимо отметить, что по данным мета-анализа четырнадцати РКИ с варениклином, отмечено незначительное, но достоверное увеличение риска развития ССЗ [15-17].

### **Препараты для лечения ожирения**

Основа любого подхода к лечению ожирения — модификация образа жизни, повышение физической активности и изменение диеты с целью достижения баланса между потреблением и расходом энергии (см. раздел XIII рекомендаций). При ожирении все мероприятия, направленные на снижение веса, в том числе и лекарственные препараты, назначаются на длительный период при условии их хорошей переносимости и эффективности. Основными целями при лечении ожирения являются снижение веса, стабилизация достигнутого снижения веса в течение длительного времени, снижение заболеваемости, связанной с ожирением, и улучшение качества жизни.

В настоящее время в арсенале российского врача для лечения ожирения рекомендован лекарственный препарат, эффективность которого подтверждена — орлистат. Орлистат-препарат, оказывающий действие на уровне желудочно-кишечного тракта, ингибирует кишечные липазы и всасывание жира примерно на 30% (Класс I пользы рекомендации, уровень В доказательств) [18]. Наиболее частыми побочными эффектами орлистата являются дискомфорт и боли в области живота, диарея.

Назначение препарата сибутрамин в настоящее время приостановлено на территории США и стран Европейского Союза с 2010г. Такое решение было принято на основании данных об увеличении на 16% риска нефатального ИМ и нефатального инсульта при приеме сибутрамина пациентами с ССЗ (риск сердечно-сосудистой смерти или смертности от всех причин не увеличился). В России сибутрамин ограничен в применении строгими показаниями и противопоказаниями, а также необходимостью адекватно-

го контроля безопасности в соответствии с инструкцией по применению, но остается не запрещенным, в связи со сказанным выше, его применение нецелесообразно [19].

#### **Стабильная стенокардия напряжения.**

Больные с хронической ИБС, не имеющей осложнений в виде перенесенного ИМ, составляют значительную долю от всех больных ИБС. Основным (и практически единственным) проявлением ИБС у них является стабильная стенокардия напряжения. Задачей практического врача в этом случае является оценка прогноза заболевания, он в значительной степени зависит от наличия и выраженности факторов риска, а также от наличия сопутствующих заболеваний и состояний [20]. О тяжести изменений в коронарных артериях и в определенной степени о прогнозе заболевания позволяет судить выраженность стенокардии, которая оценивается ее классом.

**Антиангинальные препараты.** Длительное время считалось, что препараты, способные купировать или предупреждать приступы стенокардии (так называемые антиангинальные, или антиишемические препараты), способны и улучшать прогноз жизни таких больных, однако доказательств этого до сих пор нет. В немногочисленных РКИ, в которых ставилась задача оценить влияние антиангинальных препаратов на прогноз ИБС, отчетливого результата получено не было. Современные клинические рекомендации не включают в список препаратов, влияющих на прогноз стабильно протекающей ИБС, ни один из существующих антиангинальных препаратов, за исключением БАБ, признавая, однако, что у больных, перенесших ИМ и не имеющих сердечной недостаточности, доказательств положительного влияния бета-блокаторов на прогноз жизни больных не существует. Большинство БАБ изучалось в качестве антиангинальных препаратов и может использоваться в этом качестве.

**Антиагреганты.** Антиагреганты, в первую очередь АСК (75-150 мг), должны быть назначены всем больным со стабильно протекающей ИБС, не имеющим противопоказаний к их назначению (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств), при непереносимости АСК необходимо заменить ее на клопидогрель (класс IIa пользы рекомендации).

**Гиполипидемические препараты.** Из всех гиполипидемических препаратов, которые пытались использовать для лечения нарушений липидного обмена у больных со стабильно протекающей ИБС, наибольший эффект в отношении влияния на прогноз заболевания, безусловно, оказали статины.

Современные клинические рекомендации считают необходимым назначение статинов всем больным ИБС, независимо от уровня хо-

лестерина в крови (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств), при этом необходимо достичь целевых цифр ЛПНП на фоне терапии менее 1,8 ммоль/л (класс IIa пользы рекомендации, уровень A доказательств).

**Ингибиторы АПФ.** Согласно современным клиническим рекомендациям необходимо назначение ингибиторов АПФ, в первую очередь, тем больным ИБС, у которых есть признаки сердечной недостаточности, перенесшим ИМ, имеющим АГ или страдающим сахарным диабетом (класс I пользы, уровень A доказательств). Допускается также тактика назначения ингибиторов АПФ всем больным ИБС, однако уровень доказательств и класс пользы рекомендации в этом случае существенно ниже (класс IIa пользы, уровень B доказательств). Последняя тактика, по-видимому, должна предусматривать возможность назначения лишь двух препаратов этого класса — рамиприла и периндоприла.

#### **Вторичная профилактика после перенесенного инфаркта миокарда.**

Инфаркт миокарда значительно осложняет течение ИБС. Существенная доля больных умирает в острой стадии заболевания, однако и у выживших прогноз жизни остается достаточно плохим. Данные доказательной медицины однозначно свидетельствуют, что ряд лекарственных препаратов способен значительно снизить риск СС осложнений и за счет этого продлить жизнь больных. На сегодняшний день в качестве вторичной профилактики у больных, перенесших острый ИМ, можно считать обоснованным применение следующих групп лекарственных препаратов: *влияющих на тромбообразование (в первую очередь антиагрегантов), БАБ, ингибиторов АПФ, гиполипидемических препаратов, антагонистов альдостерона.*

**Бета-адреноблокаторы.** Современные клинические рекомендации содержат указание, что БАБ необходимо назначать всем больным, перенесшим ИМ и не имеющим противопоказаний к их назначению (бронхиальной астмы и синдрома слабости синусового узла). В первую очередь это относится к больным, перенесшим СТИМ, а также к больным, имеющим признаки сердечной недостаточности (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств). Менее очевидна необходимость назначения БАБ больным, перенесшим ИМбпСТ, а также нестабильную стенокардию, однако и эти больные должны, как правило, получать БАБ. Основными БАБ для больных, перенесших ИМ, должны быть метопролол тартрат (при отсутствии признаков нарушения функции миокарда) или карведилол (при наличии этих признаков).

**Ингибиторы АПФ.** Эта группа препаратов играет важнейшую роль в лечении больных,

перенесших ИМ. Несмотря на очевидность эффекта ингибиторов АПФ на прогноз жизни таких больных, до сих пор ведутся споры, как конкретно назначать эти препараты: в какие сроки начинать лечение, каким категориям больных их назначать в первую очередь, каким препаратами этой многочисленной группы отдавать предпочтение.

Все больные, перенесшие ИМ (любого типа) и имеющие признаки нарушения функции левого желудочка (фракция выброса менее 40%), должны обязательно получать ингибиторы АПФ (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств). Предпочтение должно отдаваться рамиприлу и трандолаприлу, возможно также назначение каптоприла, лизиноприла, зофеноприла. Все эти препараты должны назначаться в целевых дозах или, при невозможности их достижения, в максимально переносимых дозах.

У больных без признаков нарушения функции левого желудочка основным показанием для применения ингибиторов АПФ должно быть наличие сопутствующих заболеваний или состояний: сахарного диабета, АГ, нарушенной функции почек. При наличии противопоказаний к назначению ингибиторов АПФ или их плохой переносимости назначают блокаторы рецепторов ангиотензина — в первую очередь валсартан.

**Антиагреганты и антикоагулянты.** Авторы современных клинических рекомендаций однозначно настаивают на том, что все больные, перенесшие ОКС (нестабильную стенокардию или ИМбпST), должны обязательно получать двойную антиагрегантную терапию (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств), одним из компонентов которой является АСК, а другим — один из тиенопиридинов (клопидогрел или прасугрел или тикагрелор). Этот же принцип должен быть распространен и на всех больных, перенесших ИМST, хотя класс пользы рекомендации и уровень доказательств в этом случае несколько ниже (класс IIa пользы, уровень C доказательств). АСК назначается в дозе 75-

100 мг в день, клопидогрел — в дозе 75 мг в день (после приеме нагрузочной дозы в 300 мг), прасугрел в дозе 10 мг (после применения нагрузочной дозы 60 мг).

При использовании клопидогрела врач должен предусматривать возможность неэффективности терапии этим препаратом в отношении предупреждения тромбообразования, в первую очередь вследствие генетических особенностей у конкретного пациента. Однако возможности выявления генетически детерминированной устойчивости к клопидогрелу в настоящее время ограничены. Необходимая продолжительность двойной антиагрегантной терапии в настоящее время не известна, однако она не должна быть меньше 1 года.

**Гиполипидемическая терапия после ИМ.** Снижение уровня холестерина и, в частности, холестерина ЛНП считается на сегодняшний день одним из решающих факторов улучшения прогноза жизни больных ИБС вообще и перенесших ИМ в частности. Статины — это группа препаратов считается наиболее эффективной и обладающей наибольшими доказательствами в снижении риска сердечно-сосудистых осложнений у больных ИБС. Современные клинические рекомендации указывают на то, что все больные, перенесшие острый ИМ или нестабильную стенокардию, должны в дополнение к гиполипидемической диете получать терапию статинами. Целью такой терапии должно быть достижение целевых уровней ХС ЛНП менее 1,8 ммоль/л (класс I пользы, уровень A доказательств).

При непереносимости статинов рекомендуют назначать фибраты или препараты омега-3-полиненасыщенных жирных кислот (содержащие не менее 90% этиловых эфиров ЭПК и ДГК в соотношении 1.2/1), особенно в тех случаях, когда повышен уровень триглицеридов (более 1,7 ммоль/л) и/или снижен уровень ХС ЛПВП (менее 1,0 ммоль/л), эта рекомендация относится к классу IIa и имеет уровень B доказательства. Однако специальной лекарственной терапии (если больной переносит статины) при повышении уровня триглицеридов (более 1,7 ммоль/л) и/

Таблица 8.9. **Относительные противопоказания к имплантации стентов, выделяющих лекарства**

Трудно собрать клинический анамнез, особенно при наличии тяжелых острых состояний (ИМ с подъемом сегмента ST или кардиогенный шок)
Предполагаемая низкая приверженность двойной антитромбоцитарной терапии, в том числе при наличии множественных сопутствующих заболеваний и полипрагмазии
Хирургическое вмешательство, которое может потребоваться в ближайшие сроки и вынудит прервать двойную антитромбоцитарную терапию
Повышенный риск кровотечения
Аллергия на АСК или клопидогрел/прасугрел/тикагрелор
Абсолютные показания к длительной антикоагуляции



или сниженном уровне ХС ЛПВП не требуется, рекомендуется диета, повышение физической активности, отказ от курения (класс I пользы, уровень B доказательств).

Эффективность и безопасность омега-3 ПНЖК (препаратов с содержанием не менее 90% этиловых эфиров ЭПК и ДГК в соотношении 1.2/1) были установлены в крупном рандомизированном исследовании GISSI-Prevenzione (11324 пациентов, перенесших инфаркт миокарда  $\leq 3$  месяцев назад). По сравнению с контролем, применение омега-3 ПНЖК (по 1 капсуле в сутки) привело к достоверному снижению частоты смерти от сердечно-сосудистых причин на 30% и риска внезапной смерти на 45%, при этом снижение риска внезапной смерти достигло статистической значимости уже через 4 месяца после начала лечения [35]. Ретроспективное исследование GPRD выявило снижение смертности на 32% у больных, лечение которых омега-3 ПНЖК было начато в первые 14 дней после инфаркта миокарда [36].

Имеются данные, что у пациентов, перенесших ИМ, осложнившийся развитием ХСН II ФК, применение нового антагониста альдостерона эплеренона позволяло снижать риск смерти, в том числе и внезапной сердечной смерти (уровень B доказательств) [38, 39].

### **Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ)**

Реваскуляризация миокарда должна проводиться адекватной вторичной профилактикой, включающей применение лекарственных средств, модификацию ФР и улучшение образа жизни [20, 21, 22, 23, 24]. Реабилитация и вторичная профилактика — необходимые компоненты ведения пациентов после реваскуляризации, так как они снижают заболеваемость и смертность и характеризуются эффективностью затрат.

*Стенты с лекарственным покрытием*, эффективность которых доказана в клинических исследованиях, целесообразно имплантировать практически во всех ситуациях за исключением тех случаев, когда длительная двойная антитромбоцитарная терапия противопоказана или вызывает опасения (Табл.8.9.). Показания к имплантации стентов с лекарственным покрытием в некоторых подгруппах пациентов остаются спорными.

*Рекомендуемая длительность двойной антитромбоцитарной терапии после чрескожного коронарного вмешательства:*

- 1 месяц после имплантации стента без лекарственного покрытия у пациентов со стабильной стенокардией;
- 6-12 месяцев после имплантации стентов с лекарственным покрытием у всех пациентов;

- 1 год у всех пациентов с ОКС независимо от стратегии реваскуляризации.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что в некоторых выборках пациентов (например, при высоком риске тромбоэмболических осложнений, после имплантации стента, выделяющего сиролimus или паклитаксел) может быть более эффективной длительная двойная антитромбоцитарная терапия (более 1 года). Недостатком ее является более высокая частота тяжелых кровотечений. Было показано, что достаточно 6-месячной двойной антитромбоцитарной терапии, так как ее отмена не коррелировала с развитием позднего или очень позднего тромбоза стента.

Больным сахарным диабетом может потребоваться более длительная двойная антитромбоцитарная терапия.

*Тройная антитромботическая терапия.* Тройную антитромботическую терапию АСК, клопидогрелом (или прасугрелом) и антагонистом витамина К следует назначать только по абсолютным показаниям, таким как пароксизмальная, персистирующая или постоянная ФП с индексом CHADS<sub>2</sub>  $\geq 2$ , протезированные клапаны сердца или тромбоз глубоких вен/тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе. Тройную терапию следует продолжать в течение минимального срока под регулярным контролем МНО (целевое МНО 2-2,5). При абсолютных показаниях к длительной антикоагуляции целесообразно имплантировать стент без лекарственного покрытия или проводить только ангиопластику, чтобы ограничить длительность тройной терапии 1 месяцем [25].

### **АКШ и другие операции по поводу атеросклеротического поражения сосудов**

Показания к двойной антитромбоцитарной терапии и ее длительность определяются клиническими критериями (стабильная ИБС, ОКС без подъема сегмента ST, ИМ с подъемом сегмента ST) независимо от метода реваскуляризации. Для вторичной профилактики применяют пожизненно АСК в дозе 75-325 мг. Антитромбоцитарные средства способствуют сохранению проходимости шунта, особенно венозного. При непереносимости АСК назначают клопидогрел. В РКИ влияние клопидогрела, клопидогрела+АСК и одного АСК на проходимость шунта не сравнивали [25].

### **Фибрилляция предсердий**

Основой профилактического вмешательства при ФП является предотвращение тромботических осложнений, контроль ЧСС и/или

синусового ритма, коррекция заболеваний, вызвавших ФП и/или способствующих ее прогрессированию.

**Профилактика тромботических осложнений.** Вторичная профилактика при ФП заключается в первую очередь в предотвращении ишемического инсульта. Назначение непрямых антикоагулянтов в эффективных дозах при ФП существенно снижает общую смертность больных на 26%, не увеличивая при этом существенно риска внутримозговых кровоизлияний [26].

Назначение анти тромботических препаратов у больных как с пароксизмальной, так и с постоянной формой ФП (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств) считается обязательным. Только в случаях изолированной ФП, не связанной с наличием органических заболеваний сердца и характеризующейся невысоким риском осложнений, допускается использование антиагрегантов. В тех случаях, когда непрямые антикоагулянты не могут быть назначены из-за противопоказаний или по каким-либо иным причинам, предлагается использовать комбинированное назначение АСК и клопидогреля.

Терапия должна продолжаться неограниченно долго, однако, когда устраняется причина возможной тромбоэмболии (тиреотоксикоз, инфекция, злоупотребление алкоголем, оперативная коррекция порока сердца и т.д.) и стойко восстанавливается синусовый ритм, есть основания рассмотреть вопрос о прекращении такой терапии (класс I пользы рекомендации, уровень C доказательств). (Табл. 8.4.)

**Контроль ЧСС и/или восстановление синусового ритма.** Ни в одном из многочисленных РКИ, сравнивавших две стратегии лечения при ФП (поддержание синусового ритма и контроль ЧСС), не было продемонстрировано преимущество ни одной из стратегий на общую смертность, вероятность сердечно-сосудистых осложнений, развитие сердечной недостаточности, а также на качество жизни. Косвенным доказательством положительного влияния на прогноз тактики поддержания синусового ритма является исследование ATHENA, в котором было показано, что назначение дронедарона в дозе 400 мг 2 раза в день достоверно снижает (по сравнению с плацебо) вероятность возникновения первичной комбинированной конечной точки — госпитализации или смерти от любой причины [27].

Если у больного на фоне адекватного контроля ЧСС сохраняется выраженная неблагоприятная симптоматика, связанная с приступами ФП, рекомендуется рассмотреть возможность поддержания синусового ритма с помощью антиаритмических препаратов (при пароксизмальной форме

ФП) или его восстановления (при постоянной форме) — класс IIa пользы, уровень C доказательств. Для контроля ЧСС при ФП используются разнообразные препараты — бета-адреноблокаторы, недигидропиридиновые антагонисты кальция, дигоксин, амиодарон, дронедарон.

Врач, принимая решение о поддержании или восстановлении синусового ритма, должен обеспечить адекватную анти тромботическую терапию и попытаться оценить, насколько стойким будет эффект восстановления синусового ритма. Для поддержания синусового ритма предлагается использовать бета-блокаторы (их эффективность в этом отношении невелика), флекаинид, пропафенон, амиодарон, соталол, дронедарон. Выбирая препарат для контроля синусового ритма, врач должен учитывать наличие сопутствующих заболеваний, противопоказания к применению конкретных препаратов, а также их потенциальные побочные действия.

**Терапия, направленная на предотвращение прогрессирования ФП (upstream therapy).** Считается целесообразным назначение терапии, направленной на лечение сопутствующих заболеваний (артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, воспаления) и предотвращение появления новых случаев ФП (первичная профилактика) или прогрессирования ФП при уже появившихся пароксизмах (вторичная профилактика). Профилактическое назначение ингибиторов АПФ или АРА для предупреждения новых эпизодов ФП у больных с сердечной недостаточностью (класс пользы IIa, уровень доказательств A), а также у больных с АГ и гипертрофией левого желудочка (класс пользы IIa, уровень доказательств B) рассматривается как необходимое. В настоящее время нет оснований для профилактического применения этих препаратов у больных без признаков сердечно-сосудистых заболеваний (класс III пользы рекомендации, уровень C доказательств). Для больных с повторными эпизодами ФП, получающих терапию антиаритмическими препаратами, считается возможным назначение ингибиторов АПФ и АРА с целью вторичной профилактики (класс IIa пользы рекомендации, уровень B доказательств).

**Пациенты после антиаритмических эндоваскулярных вмешательств.** После эндоваскулярной аблации проводящих путей сердца антикоагулянты назначают по крайней мере в течение 3 мес. Целесообразность дальнейшей терапии пероральными антикоагулянтами оценивается с учетом риска инсульта (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc). Отменять варфарин после аблации обычно не рекомендуют па-

циентам с высоким риском инсульта, т.к. ФП — хроническая прогрессирующая аритмия.

Методы оценки средне- и долгосрочных результатов аблации при ФП продолжают обсуждаться. Считается, что достаточным может быть контроль симптомов, купирование которых является основной целью аблации. Пациента следует обследовать через 3 мес после вмешательства, а затем каждые 6 мес в течение по крайней мере 2 лет (класс I пользы рекомендации, уровень C доказательств).

## Список использованной литературы

- Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* (2012) 33, 1635–1701.
- Freemantle N, Cleland J, Young P, et al. Beta blockade after myocardial infarction. Systematic review and meta regression analysis. *BMJ* 1999; 1730–1737.
- Texter M, Lees RS, Pitt B, Dinsmore RE, Uprichard AC. The QUinapril Ischemic Event Trial (QUIET) design and methods: evaluation of chronic ACE inhibitor therapy after coronary artery intervention. *Cardiovasc Drugs Ther.* Apr 1993;7(2):273–282.
- Lee RT. The PEACE study: limiting the role of angiotensin-converting enzyme inhibitors in stable coronary artery disease. *Curr Atheroscler Rep.* May 2005;7(3):211–212.
- Kleinert S. HOPE for cardiovascular disease prevention with ACE-inhibitor ramipril. *Heart Outcomes Pre-vention Evaluation.* *Lancet.* Sep 4 1999;354(9181):841.
- Fox KM. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet.* Sep 6 2003;362(9386):782–788.
- The Heart Outcomes Prevention Evaluation Study Investigators. Effects of an angiotensin-converting enzyme inhibitor, Ramipril, on cardiovascular events in high-risk patients. *N Engl J Med.* 2000; 342: 145–153.
- Dickstein K, Kjekshus J. Effects of losartan and captopril on mortality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: the OPTIMAAL randomised trial. *Optimal Trial in Myocardial Infarction with Angiotensin II Antagonist Losartan.* *Lancet.* Sep 7 2002;360(9335):752–760.
- Pfeffer MA, McMurray JJ, Velazquez EJ, et al. Valsartan, captopril, or both in myocardial infarction complicated by heart failure, left ventricular dysfunction, or both. *N Engl J Med.* Nov 13 2003;349(20):1893–1906.
- Camm A.J., Lip G.Y.H., Caterina R.D. et al. 2012 Focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart Journal* (2012) 33, 2719–2747.
- Reiner Z, Catapano AL, De Backer G, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011;32:1769–1818.
- Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Российские рекомендации V пересмотр, 2012 год.
- Mancia G., Backer G.D., Dominiczak A. et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal* (2007) 28, 1462–1536.
- Левшин В.Ф., Слепченко Н.И., Радкевич Н.В. Рандомизированное контролируемое исследование эффективности препарата Табекс при лечении табачной зависимости. *Медицинский вестник.* 2009;33:502–3.
- Foulds J. The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *Int J Clin Pract.* 2006 May;60(5):571–6.
- Mihalak KB, Carroll FI, Luetje CW. Varenicline is a partial agonist at alpha4beta2 and a full agonist at al-pha7 neuronal nicotinic receptors. *Mol Pharmacol.* 2006 Sep;70(3):801–5.
- Singh S, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2011 Sep 6;183(12):1359–66.
- Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care.* 2004 Jan;27(1):155–61.
- Williams G. Withdrawal of sibutramine in Europe. *BMJ.* 2010;340:c824, Sibutramine (Meridia) withdrawn. *Med Lett Drugs Ther.* 2010 Nov 1;52(1350):88.
- Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2006 Jun;27(11):1341–81.
- Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, Boersma E, Budaj A, Fernandez-Aviles F, Fox KA, Hasdai D, Ohman EM, Wallentin L, Wijns W. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2007;28:1598–1660;
- Van De Werf F, Bax J, Betriu A, Blomstrom-Lundqvist C, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008;29:2909–2945.
- Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery). *Circulation* 2004;110:1168–1176.
- King SB III, Smith SC Jr, Hirshfeld JW Jr, et al. 2007 Focused Update of the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of

- Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines: 2007 writing group to review new evidence and update the ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, writing on behalf of the 2005 Writing Committee. *Circulation* 2008; 117:261–295.
25. Wijns W., Kolh P., Danchin N. и соавт. Рекомендации по реваскуляризации миокарда. Рабочая группа Евро-пейского общества кардиологов (ESC) и Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов (EACTS). Разработаны при участии Европейской ассоциации по чрескожным сердечно-сосудистым вмешательствам (EAPCI). *European Heart Journal* 2010;31:2501–2555. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии 2011; Приложение к № 3.
  26. Hart RG, Pearce LA, Aguilar MI. Meta-analysis: antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation. *Ann Intern Med.* Jun 19 2007;146(12):857–867.
  27. Hohnloser SH, Crijns HJ, van Eickels M, et al. Effect of dronedarone on cardiovascular events in atrial fibrillation. *N Engl J Med.* Feb 12 2009;360(7):668–678.
  28. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Толпыгина С.Н., Лукина Ю.В., Концевая А.В., Лишута А.С., Иванова Л.П., Дроздова Л.Ю., Гофман Е.А. Эффективность и безопасность лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Рекомендации ВНОК 2011. Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2011; т.7, №5: Приложение, 72 с.
  29. Бубнова М. Питание, атерогенные дислипидемии и статины. *Кардиосоматика*, 2011, том 2, №2, 33–41
  30. Кухарчук В. и соавторы. Оптимизация терапии статинами пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска. *Кардиосоматика*, 2011, том 2, №4
  31. Marzilli M, Klein WW. Efficacy and tolerability of trimetazidine in stable angina: a meta-analysis of randomized, double-blind, controlled trials. *Coron Artery Dis* 2003;14:171–179.
  32. Н.П.Кутишенко, Н.А.Дмитриева, Ю.В.Лукина, М.П.Козырева, Ю.Э.Семенова, А.Д.Деев, С.Ю.Марцевич. Влияние Милдроната на эффективность антиангинальной терапии напряжения. *Рациональная Фармакотерапия в кардиологии*, 2005, №2.
  33. Стаценко М.Е., Туркина С.В., Фабрицкая С.В., Дудченко Г.П. «Возможности сочетанной терапии с Мексикором больных с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом 2 типа». «Российский кардиологический журнал», 2011, № 6 - С.52- 60.
  34. Национальные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии 2001. Интернет ресурс < <http://www.gipertonik.ru/national-recommendations>>
  35. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. *Lancet*, 1999, 354, 447–455.
  36. Poole C., Halcox J., Jenkins-Jones S. et al. Omega-3 fatty acids and mortality outcome in patients with and without type 2 diabetes after myocardial infarction: A retrospective, matched-cohort study. *Clin. Ther.*, 2013, 35 (1), 40–51.
  37. Lithell H. Moxonidine improves insulin sensitivity in insulin-resistant hypertensives. *J Hypertens Suppl.* 1999 Aug;17(3):S29–35.
  38. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности. *Журнал Сердечная недостаточность*. 2010 г. Том 11, №1(57), с.69–160.
  39. Pitt B, Remme W, Zannad F et al. Eplerenone, a selective aldosterone blocker, in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2003;348 (14):1309–1321.

## IX. Профилактика онкологических заболеваний

### Первичная профилактика

Направлена на выявление и устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на процесс возникновения злокачественной опухоли. Прежде всего, это полное устранение или минимизация контакта с канцерогенами.

При ранжировании основных причин, формирующих заболеваемость раком, лидирующую позицию занимает неправильное питание (до 35%), второе место принадлежит курению (до 32%). Таким образом, 2/3 случаев рака обусловлены этими факторами. Далее по степени убывания значимости следуют вирусные инфекции (до 10%), сексуальные факторы (до 7%), малоподвижный образ жизни (до 5%), профессиональные

канцерогены (до 4%), алкоголизм (до 3%), непосредственное загрязнение окружающей среды (до 2%); онкологически отягощенная наследственность (до 2%); пищевые добавки, ультрафиолет солнца и ионизирующая радиация (до 1%). Неизвестными причинами обусловлены около 5% случаев рака.

**Питание.** Существует 6 основных принципов противораковой диеты, соблюдение которых позволяет существенно снизить риск развития рака:

1. Предупреждение ожирения (избыточный вес является ФР развития многих злокачественных опухолей, в том числе рака молочной железы и рака тела матки).
2. Уменьшение потребления жира (при обычной двигательной активности не более 50–70 г жира в день со всеми продуктами). Эпидемиологическими исследова-

дованиями установлена прямая связь между потреблением жира и частотой развития рака молочной железы, рака толстой кишки и рака предстательной железы.

3. Обязательное присутствие в пище овощей и фруктов, обеспечивающих организм растительной клетчаткой, витаминами и веществами, обладающими антиканцерогенным действием. К ним относятся: желтые и красные овощи, содержащие каротин (морковь, помидоры, редька и др.); фрукты, содержащие большое количество витамина С (цитрусовые, киви и др.); капуста (особенно брокколи, цветная и брюссельская); чеснок и лук.
4. Регулярное и достаточное употребление растительной клетчатки (до 35г ежедневно), которая содержится в цельных зернах злаковых культур, овощах, фруктах. Растительная клетчатка связывает ряд канцерогенов, сокращает время их контакта с толстой кишкой за счет улучшения моторики.
5. Ограничение потребления алкоголя. Известно, что алкоголь является одним из факторов риска развития рака полости рта, пищевода, печени и молочной железы.
6. Ограничение потребления копченой и нитрит-содержащей пищи. В копченой пище содержится значительное количество канцерогенов. Нитриты содержатся в колбасных изделиях и до сих пор часто используются производителями для подкрашивания с целью придания продукции товарного вида.

Влияние факторов питания на развитие рака является недостаточно исследованным и определенным. Оценка потенциальной роли диеты влечет за собой необходимость измерения вклада диеты, содержащей различные компоненты, которые могут как защитить от рака, так и увеличить риск заболевания раком. Основанная на систематических обзорах оценка общего влияния диетических рекомендаций на профилактику рака опубликована Всемирным фондом исследований рака /Американским институтом по исследованию рака (WCRF/AICR) [1]. Наибольшим профилактическим воздействием на уменьшение риска развития рака обладает потребление фруктов и некрахмалистых овощей. В частности доказано, что их достаточное потребление снижает вероятность развития рака ротовой полости, пищевода и желудка. Потребление фруктов, но не некрахмалистых овощей, также достоверно связано со снижением риска развития рака легких.

Сложность выяснения связей между потребляемыми продуктами питания и уровнем риска развития рака демонстрируют примеры, когда в наблюдательных эпидемиологических исследованиях (случай-контроль и когортные исследования) выявляется связь между диетой и риском развития рака, а в контролируемых рандомизированных исследованиях такой связи не обнаруживается. Например, на основе популяционных эпидемиологических данных, диета с высоким содержанием клетчатки была рекомендована для предотвращения рака толстой кишки, а проведенное рандомизированное контролируемое исследование с дополнительным введением в рацион питания пищевых волокон (пшеничные отруби) не выявило снижения риска последующего развития аденоматозных полипов у лиц с ранее перенесенной резекцией полипов. Второй пример: эпидемиологические когортные исследования и исследования случай-контроль обнаружили связь потребления жира и красного мяса с риском развития рака толстой кишки, а в рандомизированном контролируемом исследовании такой связи у женщин в постменопаузе не выявлено. Эти примеры не отрицают результатов всех когортных исследований и исследования случай-контроль, особенно проводимых на протяжении многих лет, а лишь показывают сложность проблемы изучения влияния пищевого рациона на риск развития опухолей. Относительно короткие контролируемые рандомизированные клинические исследования не способны выявить влияния длительных жизненных привычек питания на риск развития злокачественных новообразований.

*Курение.* Многочисленные научные исследования установили тесную связь между потреблением табака и злокачественными новообразованиями. В частности, эпидемиологическими исследованиями доказано, что курение сигарет является причинным фактором развития рака легкого, ротовой полости, пищевода, мочевого пузыря, почек, поджелудочной железы, желудка, шейки матки и острой миелоидной лейкемии [2]. При этом получены убедительные данные, что увеличение распространенности курения среди населения влечет за собой увеличение смертности от рака и, наоборот, снижение распространенности курения снижает уровень смертности от рака легкого у мужчин.

По данным Минздрава России в Российской Федерации ежегодно около 300 тыс. трудоспособных людей не доживают около пяти лет своей жизни по причине потребления табака, при этом экономические потери составляют почти 1,5 трлн руб. Отказ от курения приводит к постепенному снижению

риска развития рака, к увеличению продолжительности жизни, снижению общей заболеваемости и смертности [3].

**Инфекции.** В развивающихся странах инфекционные агенты являются причиной 26 %, а в развитых странах — 8% всех случаев заболевания раком [4]. Заражение штаммом вируса папилломы человека (ВПЧ) высокого онкогенного риска (типы 16, 18, 31, 33) рассматривается как необходимое событие для последующего развития рака шейки матки, а вакцинация против ВПЧ приводит к заметному снижению предраковых состояний. Онкогенные штаммы ВПЧ, также связаны с раком полового члена, влагалища, ануса, и ротоглотки. К другим инфекционным агентам, вызывающим рак, относятся: вирус Эпштейна-Барр (лимфома Беркитта) и *Helicobacter Pylori* (рак желудка). Вакцинация против ВПЧ и гепатита В рекомендуется как активная профилактическая мера лицам из групп риска.

**Ионизирующее и ультрафиолетовое излучение.** Воздействие излучения, в первую очередь ультрафиолетового излучения и ионизирующего излучения, является четко установленной причиной рака. Воздействие солнечного ультрафиолетового излучения является основной причиной рака (не меланомы) кожи, который является на сегодняшний день наиболее распространенным и наиболее предотвратимым злокачественным новообразованием [5]. Наиболее опасно пребывание на солнце в период с 10 ч и до 16 ч. Не менее вредно пребывание в соляриях для получения искусственного загара. Исключение попадания на голые участки тела прямого солнечного света, ношение соответствующей летней одежды, широкополых шляп, зонтиков, пребывание в тени и использование кремов от загара являются эффективными мерами профилактики рака кожи.

В настоящее время на основе многочисленных эпидемиологических и биологических исследований убедительно доказано, что не существует дозы ионизирующей радиации которую следует считать совершенно безопасной, по этой причине должны быть предприняты все меры, чтобы уменьшить дозу любого ионизирующего облучения человека, в том числе связанного с медицинскими исследованиями (флюорография, рентгенография, рентгеноскопия, компьютерная томография, радиоизотопная диагностика и методы лечения) как в отношении пациентов, так и медицинского персонала [6]. Ограничение ненужных лечебно-диагностических исследований, связанных с использованием ионизирующих излучений,

являются важной стратегией профилактики. Например, подсчитано, что один радиационно-индуцированный рак разовьется среди 270 женщин и среди 595 мужчин, подвергшихся коронарной ангиографии в возрасте 40 лет. Среди лиц в возрасте 20 лет, подвергшихся КТ живота и таза, у 1 из 470 женщин и у 1 из 620 мужчин разовьется радиационно-индуцированный рак [7]. Исходя из частоты использования КТ в США в 2007 году определено, что у 29 тыс. человек (ДИ 15000-45000) разовьется радиационно-индуцированный рак, 1/3 часть из которых составят лица от 35 до 54 лет [8].

**Алкоголь.** Наиболее достоверное влияние оказывает избыточное потребление алкоголя, особенно питьевого спирта, на развитие рака полости рта, пищевода, молочной железы и колоректального рака у мужчин. Меньшей степени достоверности такая связь существует между приемом алкоголя и риском развития рака печени и колоректального рака у женщин [1].

**Физическая активность.** Все больше число фактов свидетельствует о том, что люди, которые физически активны, имеют более низкий риск развития некоторых злокачественных новообразований (ЗНО), по сравнению с лицами, имеющими низкую физическую активность, ведущими сидячий образ жизни. Наибольший и достоверный защитный эффект физической активности выявлен в отношении риска развития колоректального рака. К категории «вероятно», отнесено влияние физической активности на риск развития рака молочной железы после менопаузы и рака эндометрия. Как и для диетических факторов, проблема влияния физической активности на развитие различных ЗНО далека от своего разрешения, но достаточно ясно, что она играет в процессе онкогенеза существенную роль. Есть основания полагать, что физическая активность обратно пропорционально связана, по крайней мере, с несколькими видами рака, развитие которых провоцирует ожирение [1].

**Ожирение.** Ожирение все чаще признается важным фактором риска развития рака. Убедительно доказана его связь с развитием рака молочной железы в постменопаузе, рака пищевода, поджелудочной железы, колоректального рака, рака эндометрия и почки. Получены данные свидетельствующие о том, что ожирение является фактором риска для развития рака желчного пузыря. Но в тоже время необходимо отметить, что отсутствуют исследования о влиянии снижения избыточной массы тела на смертность от злокачественных новообразований [9].

**Витамины и биологически активные добавки к пище.** Витамины и биологически

активные добавки к пище относятся к профилактическим вмешательствам с *не доказанной эффективностью* [2, 10].

**Экологические факторы и вредные вещества.** Некоторые ассоциации между загрязнителями окружающей среды и развитием рака легкого были четко установлены, в том числе за счет пассивного курения табака, загрязнения атмосферного воздуха, особенно асбестовой пылью. Другим загрязнителем окружающей среды, который причинно связан с раком кожи, мочевого пузыря и легких является неорганический мышьяк в высокой концентрации в питьевой воде. Много других загрязнителей окружающей среды, например, таких как пестициды, были оценены в отношении их опасности для развития рака у человека, но получены неопределенные результаты [2].

### **Вторичная профилактика**

Направлена на выявление и устранение предраковых заболеваний и выявление злокачественных опухолей на ранних стадиях процесса. К исследованиям, позволяющим эффективно выявлять предопухолевые заболевания и опухоли, относятся: маммография, флюорография, цитологическое исследование мазков с шейки матки и цервикального канала, эндоскопические исследования, профилактические осмотры, определение в биологических жидкостях уровня онкомаркеров и др.

Разработка программ ранней диагностики и скрининга является одним из приоритетных направлений развития онкологии и позволяет значительно улучшить результаты лечения. *Регулярное прохождение профилактического осмотра и обследования в соответствии с возрастом (или группой риска) позволяет предотвратить возникновение злокачественной опухоли или выявить заболевание на ранней стадии, позволяющей провести эффективное органосохраняющее специализированное лечение.*

### **Третичная профилактика**

Заключается в предупреждении рецидивов и метастазов у онкологических больных, а также новых случаев злокачественных опухолей у излеченных пациентов. Для лечения злокачественной опухоли и третичной профилактики рака следует обращаться *только в специализированные онкологические учреждения.* Онкологический больной пожизненно состоит на учете в онкологическом учреждении, регулярно проходит необходимые обследования, назначаемые специалистами.

В настоящее время одним из наиболее молодых и перспективных разделов профилактической онкологии является *химиопрофилактика злокачественных опухолей* — снижение онкологической заболеваемости и смертности за счет длительного применения здоровыми людьми или лицами из групп повышенного онкологического риска специальных онкопрофилактических лекарственных препаратов или натуральных средств. Химиопрофилактика обязательно должна использоваться в комплексе с другими профилактическими мероприятиями.

Отдельным направлением профилактики у больных со злокачественными новообразованиями является профилактика осложнений химиотерапии, возникающих в связи с низкой селективностью действия большинства из применяемых для этих целей препаратов. Одним из наиболее частых осложнений химиотерапии является токсическое поражение печени. К сожалению, в онкологической практике лекарство, неблагоприятно влияющее на печень, не всегда возможно отменить или заменить другим, более безопасным без создания непосредственной или отсроченной угрозы для жизни пациента. Одним из выходов из этой сложной ситуации является профилактическое применение препаратов с гепатопротективными свойствами, среди которых S-аденозил-L-метионин имеет хорошую доказательную базу своей высокой клинической эффективности [14,15].

В настоящее время группы онкологического риска по степени повышения риска принято делить на 5 категорий.

1. Практически здоровые лица любого возраста с отягощенной онкологической наследственностью и люди старше 45 лет.
2. Практически здоровые лица, подвергавшиеся или подвергающиеся воздействию канцерогенных факторов. К ним относятся курильщики, лица, контактирующие с профессиональными и бытовыми канцерогенными факторами, перенесшие радиационное ионизирующее облучение, носители онкогенных вирусов.
3. Лица, страдающие хроническими заболеваниями и нарушениями, повышающими онкологический риск: ожирение, угнетение иммунитета, атеросклероз, гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2-го типа, ХОБЛ и др.
4. Больные с облигатными и факультативными предраковыми заболеваниями. Последние встречаются чаще и лишь повышают вероятность возникновения рака.
5. Онкологические больные, прошедшие радикальное лечение по поводу ЗНО. (Данная категория пациентов в соответ-

ствии с приказом Минздрава России от 15 ноября 2012г. № 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» пожизненно подлежат диспансерному наблюдению в онкологическом диспансере. Если течение заболевания не требует изменения тактики ведения пациента, диспансерные осмотры после проведенного лечения осуществляются: в течение первого года один раз в три месяца, в течение второго года — один раз в шесть месяцев, в дальнейшем — один раз в год).

**Онкологическая составляющая врачебного осмотра.** При осмотре в обязательном порядке подлежат обследованию кожные покровы, ротовая полость, периферические лимфатические узлы, щитовидная железа, молочные железы, половые органы, прямая кишка [11]. При сборе анамнеза следует обратить внимание на появление слабости, утомляемости, снижение аппетита, наличие болевых ощущений в животе или поясничной области, изменение цвета или появление примесей крови в выделениях.

При жалобах на осиплость голоса и кашель, которые не очень беспокоят пациента, можно заподозрить рак гортани или легких, а при малейших затруднениях проглатывания твердой пищи — опухоль пищевода или кардиального отдела желудка.

Следует выяснить, нет ли «ранок» во рту, увеличивающихся родимых пятен или родинок, изъязвлений кожи, выделений из сосков. При опросе женщин следует обращать внимание на нарушение менструального цикла, наличие и появление болей и атипичных кровяных выделений в межменструальном периоде и в менопаузе. У мужчин выясняется, нет ли затруднений при мочеиспускании и его частота в ночное время. Отмечается также наличие запоров и чередование запоров с поносами, слизи и кровяных выделений из прямой кишки, увеличение живота, уменьшение количества мочи.

**Осмотр полости рта.** Обследование начинают с ротовой полости. С помощью одноразового шпателя осматривают слизистую губ, щек, десен, языка. Для осмотра языка его кончик берут марлевой салфеткой и подтягивают наружу. Цель осмотра — обнаружение лейкоплакий, трещин, изъязвлений слизистой.

Лейкоплакии выглядят как белые шероховатые налеты или плотные белые бляшки, возвышающиеся над поверхностью гладкой, розовой слизистой. Чаще они располагаются на слизистой оболочке щек. Трещины и изъязвления встречаются на боковых поверхностях языка, на красной кайме нижней губы ближе к углу рта, а также на тех участках

слизистой полости рта, которые постоянно травмируются острыми краями обломанных зубов и плохо подобранными протезами. Легкая ранимость и кровоточивость этих участков подозрительна по наличию предопухолевых заболеваний.

Соскоб для цитологического исследования с язвенной поверхности слизистой оболочки рта, кожи, нижней и верхней губы осуществляют тупым скальпелем. Полученный материал наносят тонким слоем на обезжиренное предметное стекло. При наличии на язве гнойно-некротического налета его необходимо удалить сухим ватно-марлевым тампоном. Мазки подсушивают на воздухе.

**Осмотр кожных покровов.** Последовательно осматривают кожу лица, головы, шеи, туловища и конечностей с целью выявления пигментных бородавчатых и узелковых образований, изъязвлений. Следует обращать внимание на наличие длительно существующих гиперемированных участков кожи с шероховатой поверхностью и склонностью к изъязвлению, которые располагаются в области тела, подвергающихся воздействию раздражающих факторов (трение краев одежды, воздействие солнечных лучей, химических веществ и т.д.). С течением времени на этих местах могут возникнуть узелковые и бородавчатые образования. Наиболее частой локализацией рака и предрака является кожа лица.

Большую опасность на наличие злокачественной пигментной опухоли кожи — меланомы, представляют темные и синюшно-багровые пятна и узелковые образования, возвышающиеся над поверхностью кожи, склонные к увеличению и изъязвлению. Такие образования часто встречаются на коже живота, спины, нижних конечностей.

Поскольку связь меланомы с родинками, пигментными невусами довольно высока (частота развития меланомы из предшествующих невусов колеблется от 10 до 100 % случаев) при сборе анамнеза и осмотре медицинские работники концентрируют внимание на следующие начальные симптомы их активизации:

- быстрый рост невуса, размер которого оставался постоянным или увеличивался медленно;
- уплотнение невуса;
- ассиметричное увеличение одного из участков невуса;
- изменение пигментации (усиление или уменьшение);
- появление красноты в виде венчика вокруг невуса;
- выпадение волос с его поверхности;
- появление ощущения наличия невуса



- (возникновение зуда, чувства жжения, напряжения, покалывания);
- появление папилломатозных выростов, трещин, изъязвления, кровоточивости.

Перечисленные признаки представляются весьма важными в плане ранней диагностики меланомы кожи. Начальная картина заболевания в случае роста из невуса протекает следующим образом. Родимое пятно после предшествующей травмы или без видимых причин начинает увеличиваться, изменять окраску и превращается в экзофитную опухоль, которая иногда возникает эксцентрично на одном из участков пигментного образования (Приложение 6).

С пигментных опухолей материал получают только методом отпечатков путем прикладывания чистого обезжиренного стекла к изъязвившейся или мацерированной поверхности.

**Пальпация лимфатических узлов.** Последовательно пальпируют периферические лимфатические узлы: шейные, надключичные, подмышечные и паховые. Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя. Медицинский работник становится позади обследуемого. Пальпацию проводят двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследуют шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи. Пальпация подмышечных лимфатических узлов проводится отдельно с каждой стороны. При этом медицинский работник стоит спереди от пациента, положив его руку на свое плечо со стороны осмотра. Паховые лимфатические узлы пальпируются в положении пациента «лежа на кушетке».

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции. Лимфатические узлы являются барье-

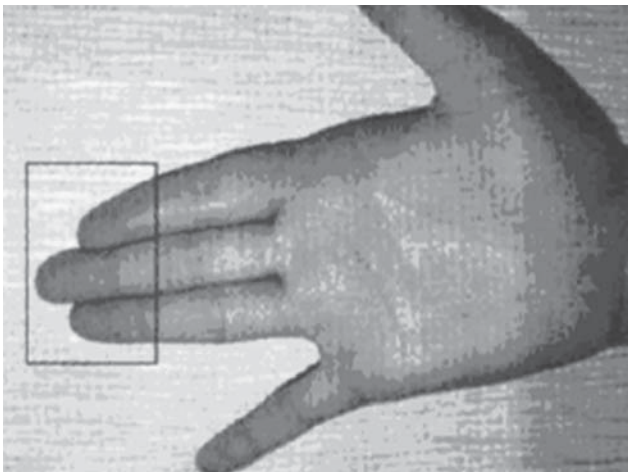


Рис. 9.1. Подушечки трех средних пальцев, используемые при пальпации

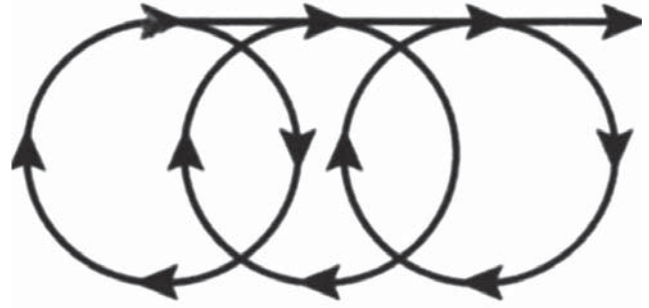


Рис. 9.2. Траектория круговых движений при пальпации

ром на пути распространения злокачественного процесса, в них в первую очередь могут быть выявлены метастазы опухолей различных локализаций. Пораженные метастазами лимфатические узлы представляют собой плотные, часто неподвижные образования различной величины. Увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфогранулематоза или лейкозов - системных заболеваний, поражающих весь лимфатический аппарат организма.

**Пальпация щитовидной железы.** Пальпацию щитовидной железы можно проводить стоя спереди или сзади от обследуемого. При положении сзади от пациента пальпация осуществляется четырьмя пальцами обеих рук, при этом большие пальцы располагаются на боковых поверхностях шеи. Во время пальпации обследуемому предлагается сделать глотательное движение, при этом четко выявляются размеры и консистенция щитовидной железы.

Щитовидная железа располагается на уровне гортанных хрящей и в норме не содержит уплотнений и узловых образований. При наличии предопухолевых заболеваний и опухолей отмечаются диффузные или локальные уплотнения, асимметрия железы за счет увеличения одной из ее долей.

**Обследование молочных желез.** Обследование молочных желез включает осмотр и их пальпацию. Осмотр пациентки проводится в положении «поднятые руки положены на затылок» на 6—12 день от начала менструации. Обращают внимание на величину и форму молочных желез, состояние кожи, сосков, ареолы. Каждую железу осматривают отдельно, придав пациенту полубоковое положение и попросив его поднять руку. У женщин с железами мягкой консистенции нижние участки желез осмотреть трудно, в этих случаях молочные железы следует поднять кверху.

Необходимо обращать внимание на следующие моменты:

- есть ли асимметрия в размерах желез, увеличена или уменьшена одна из них;

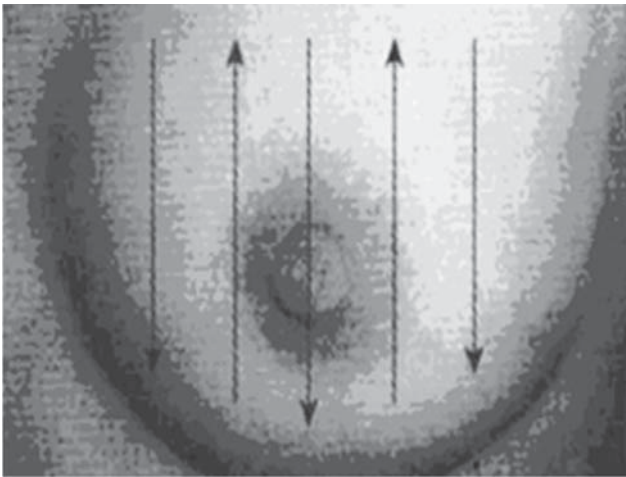


Рис. 9.3. Пальпация молочной железы по нескольким вертикалям

- расположены ли железы на одном уровне по отношению к срединной линии;
- равномерно ли смешаются железы при поднятии рук, изменении положения тела и др.

При наличии асимметрии молочных желез, которая встречается примерно у 30% здоровых женщин, важно знать, когда она появилась. Сравнительно недавнее появление асимметрии одной из желез является признаком возможного заболевания.

Следует осмотреть кожу желез, а также соски: нет ли на их поверхности втяжений, изъязвлений, не изменились ли их цвет и форма.

Изменения легче выявляются при сравнении одной железы с другой. В норме молочные железы, как правило, имеют одинаковую форму и величину. Соски располагаются на одной линии. Трещины, мокнутия, корочки, втяжение и фиксация соска, кожа, напоминающая лимонную корку, следует рассматривать как признаки злокачественного заболевания.

Пальпацию молочных желез всегда осуществляют в двух положениях обследуемой: лежа на спине и стоя, с опущенными и поднятыми руками, ладонной поверхностью 2-4-го пальцев руки легкими вращательными движениями с небольшим надавливанием (рис. 9.1–9.2). Пальпация проводится подушечками, а не кончиками пальцев. В противном случае имеющееся образование оттолкнется в глубину молочной железы. Ощупывание проводится четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами в зависимости от размера молочной железы. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы противоположная рука поддерживает ее. Ощупывание проводится методично круговыми проникающими пружинящими движениями подушечек пальцев.

Начинать осмотр следует с подмышечной области, далее руку смещать по спирали по направлению к соску. Продолжая осмотр, двигать руку сверху вниз по нескольким вертикалям (рис. 9.3).

Проводят «плоской» ладонью по молочной железе и ощупывают ее пальцами с целью выявления уплотнений и узлов в ткани молочной железы. Последовательно исследуют все отделы железы: зоны соска, ареолы, ткань железы, наружно-боковую и переднюю поверхность грудной клетки (за пределами железы), подмышечные и надключичные области. Большую отвислую грудь удобнее исследовать в положении лежа, немного повернув пациента сначала на один, а затем на другой бок. Легко нажимая на сосок, следует выяснить, нет ли патологических выделений из соска (рис. 9.4). При этом обращают внимание на следующие признаки:

- имеется ли втяжение или выбухание участка кожи,
- имеется ли втяжение соска или укорочение радиуса ареолы,
- имеются ли изменения обычной формы и размера одной из молочных желез,
- имеются ли желтоватые или кровянистые выделения из соска или патологические изменения на соске (корочки, мокнутие).

В норме молочные железы мягкие, уплотнений не содержат. Злокачественные опухоли определяются в виде плотных, хорошо отграниченных узлов или уплотнений без четких границ, часто сопровождающихся втяжением соска или фиксацией кожи. При правильной пальпации можно выявить опухоли размером до 1 см. При больших размерах молочных желез, в которых трудно пальпаторно обнаружить опухоль, целесообразно направлять женщин в возрасте до 40 лет на ультразвуковое, а старше — на маммографическое исследование.



Рис. 9.4. Сдавление соска у основания подушечками двух пальцев

Методика осмотра грудных желез у мужчин не отличается от таковой у женщин. При осмотре и пальпации обращают внимание на величину и форму сосков, наличие уплотнений в железах, выделений и болевых ощущений. Рак грудной железы у мужчин составляет примерно 1% от всех случаев рака молочной железы у женщин. Основным предрасполагающим фактором развития рака грудной железы у мужчин является гинекомастия — дисгормональное увеличение молочных желез. *Средний возраст клинического проявления рака молочной железы у мужчин составляет 64 года.* Основным симптомом рака грудной железы у мужчин является наличие узлового образования в молочной железе. Обычно опухоль располагается под соском, ареолой или недалеко от них. Нередко отмечаются кровянистые выделения из соска. При запущенном раке отмечается изъязвление кожи. При распространении опухоли в подмышечные лимфоузлы отмечается их увеличение и уплотнение.

Материалом для цитологического исследования молочных желез являются выделения из сосков. Для качественного получения материала необходимо провести легкий массаж молочной железы поглаживанием в направлении к соску. Затем производят «сцеживание» на предметное стекло. Готовят 4 – 5 мазков, распределяя выделенную жидкость тонким слоем.

*Осмотр и пальпация живота.* Осмотр живота проводится в положении пациента стоя и лежа. Следует обращать внимание на величину и форму живота, наличие асимметрии, изменение сосудистого рисунка кожи, состояние пупка и участие живота в акте дыхания.

Пальпацию живота проводят в положении обследуемого лежа с согнутыми и несколько приведенными к животу ногами, опущенными вдоль тела руками и при полном расслаблении передней брюшной стенки. Пальпацию начинают с левой паховой области, мягкими давящими движениями всей ладонной поверхностью пальцев, постепенно продвигаясь вверх по ходу толстой кишки до правой паховой области. Затем пальпацию продолжают по средней линии живота от лона вверх, пальпируют области пупка, эпигастрия до мечевидного отростка. Далее пальпируют правое и левое подреберья (печень и селезенку). При этом обращают внимание на наличие плотных образований, узлов. Увеличение живота, распластанная форма его могут быть признаками асцита. При пальпации могут быть обнаружены опухолевые образования в верхних и нижних отделах живота, а также в области пупка.

*Исследование органов мошонки и полового члена.* У мужчин при визуальном осмотре обращают внимание на состояние кожных покровов половых органов, наличие ссадин и трещин, мацераций, гиперемированных участков на коже головки полового члена, величину и форму яичек.

При пальпации органов мошонки отмечают размеры яичек, придатков, семенного канатика, их консистенцию и наличие уплотнений и узелковых образований. В ранней стадии рака яичка прощупывается небольшой плотный безболезненный узелок, в последующем яичко становится плотным, бугристым.

В норме доступная пальпации часть уретры на всем протяжении нечувствительна, упруго-мягкой консистенции. Болезненность при пальпации, наличие уплотнений в виде равномерного шнура или отдельных узелков указывают на патологические изменения в стенке уретры.

*Пальцевое исследование прямой кишки.* Перед исследованием прямой кишки необходимо тщательно осмотреть кожные покровы области крестца и копчика, межъягодичной складки, промежности, ануса. Осмотр и пальпация области ануса у мужчин производится в положении обследуемого на спине или коленно-локтевом положении, у женщин — в гинекологическом кресле.

При осмотре промежности и области ануса обращают внимание на рубцы, деформацию, воспалительные инфильтраты, наружные отверстия гнойных свищей, перианальные бахромки, остроконечные кондиломы, наружные геморроидальные узлы. Перианальные бахромки представляют собой мясистые радиально расположенные вокруг ануса складки перианальной кожи, образовавшиеся на месте затромбированных наружных геморроидальных узлов. При большом количестве перианальных бахромок, препятствующих туалету области ануса, может быть поставлен вопрос об их оперативном удалении, и таких больных направляют к проктологу.

Наружные геморроидальные узлы располагаются по краю анального отверстия, бывают одиночными и множественными, покрыты синюшной или фиолетового цвета кожей. Консистенция их мягкая, при надавливании они слегка болезненны и не спадаются. Тромбоз наружных геморроидальных узлов сопровождается выраженными воспалительными явлениями. При часто повторяющихся острых тромбозах больного следует отправить к проктологу.

Перианальные остроконечные кондиломы представляют собой множественные мелкие плотноватые бородавчатые узелки, нередко в области ануса образующие разрастания в

виде цветной капусты. Этим больных также необходимо направить к проктологу.

Для осмотра стенок анального канала следует раздвинуть его края и попросить обследуемого слегка натужиться. При этом выявляются анальные трещины, выпадающие крупные анальные (фиброзные) полипы, наружные отверстия подкожно-подслизистых свищей прямой кишки, иногда можно увидеть нижние полюса внутренних геморроидальных узлов, особенно при их склонности к выпадению.

Острая анальная трещина представляет собой резко болезненный продольный дефект задней или передней стенки анального канала. Изредка анальная трещина может располагаться на боковой стенке. Хроническая анальная трещина отличается от острой более плотными (калезными) краями, дно ее покрыто сероватым налетом, нередко у верхнего края имеется небольшое фиброзное образование — «сторожевой бугорок». У больных с анальной трещиной из-за резкой болезненности пальцевое исследование в профилактических целях лучше не выполнять, а направить пациента к проктологу.

Выпадающий крупный анальный полип имеет вид гладкого сигарообразного образования сероватого цвета, плотноватого на ощупь и легко вправляемого в прямую кишку. Эти полипы не являются предраком, но вызывают болевые ощущения и поэтому подлежат оперативному удалению.

Для ректального исследования используют напальчник, который надевают на указательный палец и обильно смазывают вазелином. Палец вводят в прямую кишку и обследуют ее стенки по ходу часовой стрелки.

Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки. При снижении тонуса и жалобах на недержание газов и жидкого (I-II степень недостаточности анального жома) или твердого кала (III-IV степень) больного необходимо направить к проктологу.

Внутренние геморроидальные узлы располагаются соответственно 3, 7 и 11 часам воображаемого циферблата (6 часов циферблата вне зависимости от положения осматриваемого находятся в области копчика). Они определяются на стенках анального канала в виде подвижных (легко смещаемых), мягких, умеренно болезненных или безболезненных образований, иногда кровоточащих при обследовании. В некоторых случаях при натуживании больного внутренние геморроидальные узлы имеют тенденцию к выпадению. Диагноз хронического геморроя может быть установлен только при имеющейся клинической картине заболевания: болей, кровотечения каплями алой крови, значительным увеличением узлов с тенден-

цией к выпадению при натуживании или выпадении их из анального канала.

Анальные (фиброзные) полипы представляют собой значительно гипертрофированный анальный сосочек. Они определяются при пальцевом исследовании прямой кишки в виде плотного легко смещаемого безболезненного образования на длинной ножке, исходящего из области зубчатой линии (чаще задней ее полуокружности). Крупные анальные полипы могут выпадать из прямой кишки и ущемляться в анусе, вызывая боли.

Аденоматозные полипы, ворсинчатые опухоли и злокачественные новообразования прямой кишки определяются как узлы различной плотности и размеров на слизистой оболочке, или как уплотнения в виде инфильтрата стенки кишки. При пальпации через стенку прямой кишки также могут быть обнаружены уплотнения в параректальной клетчатке. Их всегда следует специально искать. Все эти больные направляются к проктологу.

При пальцевом исследовании прямой кишки следует обращать внимание на наличие патологического отделяемого в просвете кишки: крови, гноя, слизи, которые остаются на напальчнике. Указание в анамнезе на выделение при дефекации темной крови (иногда сгустками), гноя или обильной слизи могут свидетельствовать о наличии в вышележащих отделах кишки злокачественных новообразований или ворсинчатой опухоли. Такие больные подлежат обследованию проктолога или онколога.

При удалении пальца из прямой кишки его осматривают на наличие следов крови или гноя.

Для выявления колоректального рака в настоящее время применяют следующие тесты: иммуноферментный анализ кала на скрытую кровь; ректороманоскопия и/или сигмоскопия; колоноскопия.

*Исследование предстательной железы.* Обязательным элементом ректального исследования у мужчин является исследование предстательной железы. Определяют ее размеры, консистенцию, болезненность и границы. При диффузном увеличении железы междолевая бороздка становится глубокой и четко выраженной. Иногда предстательная железа значительно увеличена в размерах и выбухает в просвет прямой кишки. В начальных стадиях рака в предстательной железе прощупывается одно или несколько уплотнений, иногда хрящевидной консистенции. Железа при этом может быть не увеличена. При любых изменениях предстательной железы обследуемого срочно направляют к урологу.

### **Лабораторные и инструментальные методы диагностики**

**Простат-специфический антиген (ПСА).** При нарушении нормальной структуры ткани предстательной железы ПСА попадает в кровь в больших количествах, что приводит к повышению его уровня. Однако следует подчеркнуть, что ПСА не является специфическим онкологическим маркером. Повышение его уровня может происходить не только при наличии злокачественной опухоли простаты, но и в случае доброкачественной гиперплазии предстательной железы или воспаления. Уровень ПСА в сыворотке крови также увеличивается после различных манипуляций с органом, таких как массаж, биопсия, трансуретральная резекция предстательной железы и др.

Строго определенного значения нормы ПСА, позволяющего исключить наличие рака предстательной железы, не существует. Вместе с тем, большинство специалистов использует в качестве порогового значения уровень общего ПСА в сыворотке крови равный 2,5 нг/мл. С возрастом концентрация ПСА в крови повышается, что может быть связано с большей встречаемостью доброкачественной гиперплазии железы и простатита в старших возрастных группах. Для различных возрастных групп определены свои пороговые концентрации ПСА: 40–49 лет — 2,5 нг/мл, 50–59 лет — 3,5 нг/мл, 60–69 лет — 4,5 нг/мл, 70–79 лет — 6,5 нг/мл, которые, однако, повсеместно не применяются в связи с неудовлетворительной чувствительностью метода для возрастных групп старше 60 лет.

Биопсия предстательной железы должна назначаться:

- при уровне ПСА  $\geq 4,0$  нг/мл;
- у лиц с уровнем ПСА 2,5–4,0 нг/мл при наличии факторов риска (отягощенный семейный анамнез (случаи заболевания РПЖ в возрасте до 65 лет); пожилой возраст; наличие патологических находок при пальцевом ректальном исследовании).

**СА 125 углеводный антиген (СА 125).** СА 125 это высокомолекулярный гликопротеин, представляющий собой антиген, который происходит из дериватов целомического эпителия тканей плода и присутствует в нормальной ткани эндометрия, серозной и муцинозной жидкости матки. Он не проникает в кровотоки за исключением случаев разрушения природных барьеров. Уровни в сыворотке могут удваиваться во время менструации, особенно при эндометриозе. Возможно физиологическое повышение маркера при беременности (1 триместр). *Специфичность СА 125 низкая.*

Дискриминационный уровень СА 125–35 ед/мл. Среднее значение: у здоровых

женщин составляет 11,0–13,0 ед/мл; у мужчин — не превышает 10 ед/мл.

При выявлении повышенного значения СА 125 у женщин в менопаузе необходимо проводить дообследование для исключения опухолей малого таза.

При обнаружении у женщин объемного образования в малом тазу обязательно направление крови на исследование данного маркера.

**Цитологическое исследование.** Обработка и просмотр соскобов из шейки матки и других материалов, взятых для цитологического исследования, проводится в централизованных цитологических лабораториях, которые могут обслуживать несколько районов. Сбор и пересылка материалов в такие лаборатории, просмотр мазков и пересылка ответов не должна превышать для районных ЛПУ 1 месяц, для городских — 1 неделя. Следует иметь в виду, что цитологическое исследование направлено на выявление дисплазий и преинвазивной карциномы.

**Ультразвуковое исследование (УЗИ).** При выявлении или подозрении на наличие объемных образований при осмотре пациента необходимо направить на УЗИ и при необходимости и достаточной квалификации врача-специалиста возможно проведение биопсии под контролем УЗИ с дальнейшим цитологическим/морфологическим исследованием полученного материала.

При выявлении объемных образований в малом тазу у женщин необходимо определение маркера СА 125.

#### **Эзофагогастродуоденоскопия.**

Эзофагогастродуоденоскопия проводится при наличии общих симптомов (изменении самочувствия больного, выражающееся в появлении беспричинной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости, при стойком понижении аппетита или его полной потере, вплоть до отвращения к пище, беспричинном похудении) и появлении симптомов «желудочного дискомфорта»: потери физиологического чувства удовлетворенности от принятия пищи, ощущении переполнения желудка, даже после небольшого количества пищи, появлении чувства тяжести, распирающего, иногда болезненности в подложечной области, тошноты и рвоты, бледности кожных покровов (не объясненной другими заболеваниями), выраженной депрессии, апатии, потери «радости жизни», интереса к окружающему, к труду, отчужденности.

**Низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки.** Низкодозная спиральная компьютерная томография органов грудной клетки проводит-

ся при наличии общих симптомов (изменении самочувствия больного, выражающееся в появлении беспричинной общей слабости, снижении трудоспособности, быстрой утомляемости, при стойком понижении аппетита или его полной потере, вплоть до отвращения к пище, беспричинном похудении), факторов риска (хронические заболевания легких, та-

бакокурение, профессиональная вредность), жалоб на потливость, беспричинные подъемы температуры тела и появлении беспричинного, надсадного, изнурительного кашля (кашель может быть приступообразным, без причины или связанным с вдыханием холодного воздуха, физической нагрузкой или в положении лежа), мокроты, обычно желто-

Таблица 9.1.

Нозологическая форма	Периодичность осмотров у онколога
<b>Наблюдаются у врача-терапевта</b>	
Хронический бронхит (в том числе курильщика) с частыми обострениями	по показаниям
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	по показаниям
Язвенная болезнь желудка: частые рецидивы, осложнения	по показаниям
Атрофический гастрит	по показаниям
Семейный полипоз толстой кишки, синдром Гартнера, синдром Пейца-Егерса, синдром Турко	по показаниям
Полипы желудка, полипоз желудка, полипоз кишечника	по показаниям
Хронический колит с частыми обострениями	по показаниям
Состояние после резекции желудка (более 10 лет после операции)	по показаниям
Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона толстой кишки	по показаниям
Ахалазия, лейкоплакия пищевода. Рубцовая стриктура пищевода	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-пульмонолога</b>	
Идиопатический фиброзирующий альвеолит	1 раз в год
Лёгочные фиброзы разной этиологии	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-эндокринолога</b>	
Диффузный токсический зоб. Аутоиммунный тиреозит	по показаниям
Узловой эутиреоидный зоб	по показаниям
Гиполютеиновая дисфункция яичников	по показаниям
Состояние после операции по поводу феохромоцитомы в стадии ремиссии	по показаниям
Синдром Стейна-Левенталя	по показаниям
Вирилизующие опухоли яичников (после операции)	по показаниям
Множественный эндокринный аденоматоз, тип I (МЭА-I, синдром Вернера)	1 раз в год
Множественный эндокринный аденоматоз, тип II (МЭА-II, синдром Сипла) и тип III (МЭА-III, синдром невром слизистых оболочек)	1 раз в год
Синдром Тернера, синдром тестикулярной феминизации	1 раз в год
Дисгенезия гонад	1 раз в год
Псевдогермафродитизм	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-гематолога</b>	
Острые лейкозы	по показаниям
Хронический миелолейкоз	по показаниям
Хронический лимфолейкоз	по показаниям
Миеломная болезнь	по показаниям
Лимфоаденопатия	по показаниям
Остеомиелосклероз	1 раз в год

Гипопластическая анемия	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-невропатолога</b>	
Вертеброгенные заболевания периферической нервной системы: • радикулиты (шейный, грудной, пояснично-крестцовый) после выраженного приступа заболевания с временной утратой трудоспособности; • декомпенсация заболевания (затянувшееся обострение, частые обострения)	по показаниям
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	по показаниям
Туберкулезный склероз	по показаниям
Телеангиэктатическая атаксия (синдром Луи-Бар)	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-хирурга</b>	
Полипоз толстой кишки после оперативного лечения: • диффузный • ворсинчатые опухоли • множественные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы • единичные тубулярные аденомы	1 раз в год
Множественные и единичные полипы и тубулярно-ворсинчатые аденомы (после операции)	1 раз в год
Одиночные полипы толстой кишки, не подлежащие операции (размер менее 0,4 см)	1 раз в год
<b>Наблюдаются у врача-хирурга/врача-маммолога</b>	
Мастопатия фиброзно-кистозная (фиброаденоматоз или дисгормональные гиперплазии)	1 раз в год, по показаниям чаще
Узловая мастопатия	1 раз в год, по показаниям чаще
Фиброаденома молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
Папилломатоз молочной железы	1 раз в год, по показаниям чаще
<b>Наблюдаются у врача-уролога</b>	
Аденома предстательной железы	1-2 раза в год
Хронический простатит	1-2 раза в год
Папилломы, полипы мочевого пузыря и уретры	1-2 раза в год
Лейкоплакия, лейкокератоз, остроконечные кондиломы (папилломы) полового члена	1-2 раза в год
<b>Наблюдаются у врача-травматолога-ортопеда</b>	
Состояния после оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в связи с опухолевым и системным поражением	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
<b>Наблюдаются у врача-офтальмолога</b>	
Опухоли век, конъюнктивы, Злокачественные новообразования органа зрения (после проведенного специального лечения (хирургического, лучевого))	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-оториноларинголога</b>	
Хронический ларингит, хронический хордит, контактные язвы, папилломатоз, фиброматоз, пахидермия	по показаниям
<b>Наблюдаются у врача-стоматолога</b>	
Лейкоплакия	2 раза в год
Красный плоский лишай	по показаниям
Абразивный хейлит Манганотти	по показаниям
Кератоакантома или кожный рог	по показаниям

Папилломатоз полости рта	по показаниям
Состояние после операции по поводу доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области: • костей (кисты, амелобластомы, эпулисы и т.д.) • мягких тканей (смешанная, сосудистая, папилломы, фибромы, миомы и др.)	по показаниям
Лучевые поражения костных и мягких тканей челюстно-лицевой области	2 раза в год
<b>Наблюдаются у врача-дерматолога</b>	
Дерматомиозит	по показаниям
Баланопостит, крауроз	по показаниям
Невусы (сосудистые, пигментные)	по показаниям
Синдром базально-клеточного невуса	ежеквартально в течение первого года, затем 2 раза в год
Синдром линейного сального невуса	
Пигментная ксеродерма	
Множественный родинковый синдром	
<b>Наблюдаются у врача-гинеколога</b>	
Эрозия шейки матки	по показаниям
Эктропион	по показаниям
Полипы шейки матки и эндометрия	по показаниям
Эндометриоз	по показаниям
Кодиломы шейки матки	по показаниям
Дискератозы шейки матки (лейкоплакия, крауроз)	по показаниям
Гиперплазия эндометрия (железистая и атипическая)	по показаниям
Аденоматоз	по показаниям
Дисплазия эпителия шейки матки II-III степени	не реже 1 раза в год

**Примечание:** все вышеперечисленные заболевания, сопровождающиеся дисплазией II-III степени, подлежат постоянному наблюдению у онколога с осмотром не реже 1 раза в год с морфологическим подтверждением динамики процесса.

вато-зеленоватого цвета, одышки (обусловленных сопутствующим воспалением легких, спаданием части легкого в связи с закупоркой бронха (ателектаз), нарушением газообмена в легочной ткани и ухудшением условий вентиляции легких, уменьшением дыхательной поверхности), особенно при возрасте пациента старше 40 лет.

При подозрении на злокачественное новообразование или его выявлении с целью сокращения сроков обследования пациентов и обеспечения своевременного их направления в онкологические специализированные учреждения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012г. № 915н «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю онкология» определена система маршрутизации пациентов в специализированные онкологические медицинские учреждения. Пациента направляют в первичный онкологический кабинет (отделение), после чего врач-специалист первичного онкологического кабинета направляет пациента в

специализированную медицинскую организацию, имеющую лицензию на оказание медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях, для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента.

На больного, у которого впервые был установлен диагноз злокачественного новообразования, врачом медицинской организации, в которой этот диагноз был установлен, вне зависимости от формы собственности и ведомственной подчиненности медицинской организации составляется «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф.№ 090/У), которое направляется в организационно-методический кабинет онкологического диспансера по месту постоянной регистрации больного.

Извещение заполняется на всех больных, диагноз данного злокачественного новообразования которым был установлен впервые, в том числе на больных:

- самостоятельно обратившихся в лечебно-



- профилактическое учреждение за медицинской помощью;
- выявленных при диспансеризации, на профилактических осмотрах, при реализации скрининговых программ;
- выявленных при медицинском освидетельствовании;
- выявленных при обследовании и лечении в стационаре медицинского учреждения, в частности, при диагностике злокачественного новообразования во время оперативного вмешательства;
- на больных с преинвазивным раком (carcinoma in situ).

Извещение не заполняется на больных с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование, больных с предопухолевыми заболеваниями, больных доброкачественными опухолями.

В таблице 9.1. представлен список нозологических форм заболеваний, при наличии которых необходимо наблюдение пациентов у соответствующих врачей с периодической консультацией у врача-онколога первичного онкологического кабинета/отделения.

### Список использованных источников информации

1. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. Washington, DC: World Cancer Research Fund/ American Institute for Cancer Research, 2007. Also available online . Last accessed January 10, 2013.
2. National Cancer Institute: PDQ® Cancer Prevention Overview. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Date last modified 31.01.2013
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. –М.: ИМА-ПРЕСС, 2009. -224 с.
4. Parkin DM: The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *Int J Cancer* 118 (12): 3030-44, 2006.
5. Scotto J, Fears TR, Fraumeni JF Jr: Solar radiation. In: Schottenfeld D, Fraumeni JF Jr, eds.: *Cancer Epidemiology and Prevention*. 2nd ed. New York, NY: Oxford University Press, 1996, pp 355-72.
6. National Research Council (U.S.), Committee to Assess Health Risks from Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation.: *Health Risks From Exposure to Low Levels of Ionizing Radiation: BEIR VII Phase 2*. Washington, DC: National Academies Press, 2006. Also available online. Last accessed January 10, 2013.
7. Smith-Bindman R, Lipson J, Marcus R, et al.: Radiation dose associated with common computed tomography examinations and the associated lifetime attributable risk of cancer. *Arch Intern Med* 169 (22): 2078-86, 2009.
8. Berrington de González A, Mahesh M, Kim KP, et al.: Projected cancer risks from computed tomographic scans performed in the United States in 2007. *Arch Intern Med* 169 (22): 2071-7, 2009.
9. Wolin KY, Colditz GA: Can weight loss prevent cancer? *Br J Cancer* 99 (7): 995-9, 2008.
10. Huang HY, Caballero B, Chang S, et al.: The efficacy and safety of multivitamin and mineral supplement use to prevent cancer and chronic disease in adults: a systematic review for a National Institutes of Health state-of-the-science conference. *Ann Intern Med* 145 (5): 372-85, 2006.
11. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание /под ред акад. РАМН В.И. Чиссова, акад РАН и РАМН М.И. Давыдова. –М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -576 с.
12. Ларионова В.Б., Горожанская Э.Г. Возможности Гептрала в коррекции нарушений механизмов антиоксидантной защиты у онкологических больных. *Методические рекомендации*. М., 2010. 49 с. 15.
13. Актуальные и дискуссионные вопросы лекарственной гепатотоксичности в онкологии. Эффективная фармакотерапия. Онкология, гематология и радиология. 5/2012; с.2-9.
14. Santini D, Vincenzi B, et al. S-adenosylmethionine (AdoMet) supplementation for treatment of chemotherapy - induced liver injury. *Anticancer Res* 2003;23(6D):5173-79.
15. Актуальные и дискуссионные вопросы лекарственной гепатотоксичности в онкологии. Эффективная фармакотерапия. Онкология, гематология и радиология. 5/2012; с.2-9.

## Х. Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения

Первичная профилактика инсульта, как второй по значимости причины (после ИБС) смертности населения России, является важной проблемой профилактики ССЗ. Основы первичной профилактики инсульта практически идентичны первичной профилактике ССЗ атеросклеротического генеза (см. раздел VII рекомендаций).

Вторичная профилактика повторного инсульта представляет не менее важную медико-социальную проблему, чем предотвращение первого острого церебрального эпизода. Эпидемиологические исследования последних лет показали, что риск развития повторного ишемического инсульта (ИИ) возрастает в 9-12 раз относительно лиц того же возраста и пола в общей популяции. Частота развития повторных нарушений мозгового кровообращения (НМК) составляет около 25-30% от общего числа всех новых случаев, причем в течение первого месяца повторный ИИ развивается у 2-3% выживших, в первый год — у 10-16%, затем — около 5% ежегодно. Около 20-40% повторных инсультов предшествовали ТИА или малые инсульты. Частота развития инфарктов мозга у пациентов с ТИА достигает 30-60%, причем максимум приходится на первый год после ТИА. Риск повторной ТИА или развития инсульта у этого контингента больных максимален в течение первых трех дней после первого эпизода. Известно, что повторный инсульт имеет более тяжелое течение и чаще заканчивается летальным исходом, чем первичный. Все это определяет актуальность вторичной профилактики инсульта. По данным D.G. Nacam, J.D. Spence (2007) адекватное использование комплекса основных профилактических стратегий позволит снизить относительный риск сердечно-сосудистых событий у пациентов группы высокого риска, перенесших инсульт, на 94%, при этом абсолютный риск составит 2% и уменьшит риск развития повторного НМК на 28-30% [2].

**Принципы вторичной профилактики инсульта.** Вторичная профилактика инсульта представляет собой комплекс мероприятий, включающих модификацию образа жизни, медикаментозную терапию (антиромботическую, гипотензивную, гиполипидемическую), а также при необходимости ангиохирургическое лечение, направленное на восстановление адекватного церебрального кровотока при стенозирующем атеросклеротическом поражении каротидных артерий. Программа индивидуализированной вторичной профилактики разрабатывается в условиях стационара уже в первые 48 часов

заболевания после определения патогенетического варианта инсульта. Сроки начала проведения отдельных направлений профилактических мероприятий определяются характером инсульта, особенностями его течения и тяжестью состояния пациента. Если вторичная профилактика не была начата в стационаре, то подбор терапии осуществляется на этапе амбулаторно-поликлинической помощи неврологом совместно с терапевтом и кардиологом.

Несмотря на то, что повторный инсульт чаще развивается в течение первого года после первичного, частота повторных НМК зависит от наличия и степени выраженности сохраняющихся ФР, что указывает на необходимость пожизненного проведения вторичной профилактики инсульта [3, 4]. Наличие кардиальных нарушений, выявляемых почти у 70% больных ИИ [5], повышает риск развития повторного НМК. Риск развития инсульта двукратный при патологии коронарных артерий, трехкратный при гипертрофии левого желудочка и четырехкратный у пациентов с сердечной недостаточностью [6].

### **Антигипертензивная терапия после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта, ТИА)**

Артериальная гипертензия (АГ) имеет место у 80-92% больных, перенесших инсульт, наличие АГ повышает риск повторного НМК на 34% [7], развитие которого находится в прямой зависимости от уровня как САД, так и ДАД. Это дает основание рекомендовать постоянный мониторинг и контроль уровня АД после инсульта или ТИА. Снижение АД высоко эффективно как в первичной, так и вторичной профилактике церебрального инсульта ишемического и геморрагического типов. Для контроля АД могут использоваться все классы АГП и их рациональные комбинации. Однако, не следует применять АГП, вызывающие ортостатическую гипотонию. Особенно осторожно следует снижать АД у больных с гемодинамически значимым атеросклерозом сонных артерий. У больных, перенесших ТИА или инсульт, АД должно снижаться с использованием этапной схемы снижения АД с учетом индивидуальной переносимости и избегая эпизодов гипотонии. Особый контроль АД необходим в ночные часы. В настоящее время нет убедительных

данных о пользе снижения АД в остром периоде инсульта. Антигипертензивная терапия в этом случае начинается после стабилизации состояния пациента через несколько дней от начала инсульта. В популяционных исследованиях доказана взаимосвязь уровня АД с риском развития когнитивной дисфункции и/или деменции. Известно, что антигипертензивная терапия может отсрочить их появление.

Антигипертензивная терапия является одним из наиболее эффективных методов вторичной профилактики инсульта у пациентов с АГ. В мета-анализе рандомизированных контролируемых исследований (PATS — применение диуретика индапамида, HOPE — рамиприла, PROGRESS — периндоприла с или без индапамида) продемонстрировано снижение частоты повторных инсультов после перенесенного инсульта или ТИА. В исследовании MOSES антагонист рецепторов к ангиотензину эпросартан был более эффективным по сравнению с блокатором кальциевых каналов нитрендипином [8].

*Целевой уровень АД – менее 140/90 мм.рт.ст. У пациентов с высоким и очень высоким СС риском необходимо достичь целевого уровня АД в течение 4 недель. В дальнейшем при условии хорошей переносимости, рекомендуется снижение до 130/80 мм.рт.ст. и менее.*

Снижение САД менее 120 мм рт.ст. у пациентов с АГ 2-3 степени *не рекомендуется* из-за риска ухудшения кровоснабжения головного мозга и возможного развития первичных или повторных ишемических событий. Абсолютные цифры целевого уровня АД и степень его снижения после перенесенного инсульта не известны и должны быть индивидуализированы, однако положительные результаты достигаются при среднем снижении уровня АД на 10/5 мм рт.ст. Не следует значительно снижать АД у больных с предполагаемым гемодинамическим инсультом, билатеральным стенозом сонных артерий или окклюзией магистральных артерий головного мозга. Проведение активной гипотензивной терапии у них может привести к гипоперфузии мозга с риском развития повторного острого церебрального эпизода. Абсолютные цифры целевого уровня АД и степень его снижения в данной ситуации не уточнены и должны быть также индивидуализированы.

Показана безопасность и целесообразность раннего начала гипотензивной терапии, уже в первые дни после инсульта. В исследовании ACCESS назначение антагониста ангиотензиновых рецепторов кандесартана в 1-ю неделю после инсульта хотя и не приводило к улучшению его исхода через 3 месяца (по сравнению с более поздним

назначением препарата), но существенно снижало частоту кардиоваскулярных эпизодов и смертность в перспективе 1 года. Мета-анализ 37 исследований показал, что гипотензивная терапия (со снижением САД в среднем на 14,6 мм рт. ст.), начинающаяся в первые дни после инсульта, не только не повышала показатели смертности и инвалидизации при 3-месячном наблюдении, но и вызывала их достоверное снижение. В то же время, при более значительном снижении САД польза гипотензивной терапии уменьшалась [9].

Прием ранее назначенных АГП может быть возобновлен после того, как в течение 24 ч состояние пациента станет стабильным. Целесообразно, по-видимому, в эти сроки начинать и регулярную пероральную гипотензивную терапию в том случае, если она ранее не проводилась [10].

Важным является не выбор лучшего АГП какого-либо конкретного фармакологического класса, даже имеющего значительные дополнительные положительные эффекты воздействия на сосудистую стенку или гемореологию, а эффективное снижение показателей АД, которое достигается, как правило, с помощью комбинированной терапии АГ [11].

Комбинированная терапия является наиболее эффективной, обеспечивая усиление антигипертензивного эффекта за счет разнонаправленного действия на патогенетические механизмы развития АГ, при этом также уменьшается частота возникновения побочных эффектов.

#### **Рекомендации по гипотензивной терапии пациентов после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта, ТИА):**

- регулярно контролировать уровень АД;
- перед назначением антигипертензивной терапии провести дуплексное сканирование магистральных артерий головы пациентам с АГ;
- назначать регулярную антигипертензивную терапию уже со вторых суток от начала развития инсульта у больных с наличием АГ; индивидуально подбирать эффективные комбинации и дозы гипотензивных препаратов на основе результатов суточного мониторинга АД (СМАД) и контроля субъективного состояния, постепенно снижать АД на 10/5 мм рт.ст. ниже исходного уровня в течение 2-3 месяцев;
- стремиться при лечении больных АГ к достижению целевого уровня АД — менее 140/90 мм рт.ст. У пациентов с высоким и

очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений стремиться снизить АД до 140/90 мм рт.ст. и менее. В дальнейшем, при условии хорошей переносимости, целесообразно обеспечить снижение АД до 130/80 мм рт.ст. и менее. Не следует снижать показатели САД ниже 120 мм рт.ст.;

- избегать быстрого темпа снижения показателей АД у пациентов, имеющих окклюзирующее или выраженное стенозирующее поражение магистральных артерий головы, с целью уменьшения риска развития гемодинамического инсульта;
- для контроля АД для первичной и вторичной профилактики острых нарушений мозгового кровообращения в настоящее время могут использоваться все классы АГП и их рациональные комбинации.

### **Антитромботическая терапия в целях вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения**

Антитромботическая терапия (АТТ) представляет собой наиболее доказанное направление в медикаментозной профилактике ИИ (класс рекомендаций I, уровень доказательности A).

В отличие от ИМ, механизмы развития ИИ более разнообразны. Для выбора адекватной АТТ необходимо, прежде всего, выделить некардиоэмболический и кардиоэмболический варианты инсульта.

В сосудах с быстрым артериальным кровотоком решающее значение имеет тромбоз, индуцированный тромбоцитами [12]. Тромб может формироваться на месте (*in situ*) с постепенным развитием стеноза просвета сосуда вплоть до его окклюзии, и попадать в более мелкие сосуды при атеротромботическом поражении крупных артерий головы, аорты по типу артерио-артериальной эмболии, приводя к развитию атеротромботического патогенетического варианта ИИ. Причиной каждого шестого инсульта является тромбоз эмболия из полостей сердца, развивающаяся на фоне мерцательной аритмии — кардиоэмболический патогенетический вариант.

При наличии патологии в артериальной системе головного мозга и шеи с развитием некардиоэмболического патогенетического варианта ИИ применяется антитромбоцитарная (антиагрегационная) терапия. Систематизированный обзор исследований антиагрегантов дал четкие доказательства ее эффективности: длительный прием антиагрегантных средств уменьшает риск развития острых сосудистых эпизодов (инфаркта миокарда, инсульта, сосудистой смерти) на 25% у пациентов, перенесших инсульт или ТИА [2].

В большинстве рекомендаций представлены по 3-4 ведущих антиагрегантных препарата: ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрел, комбинация дипиридамола замедленного высвобождения с ацетилсалициловой кислотой, которые имеют высший класс I пользы и уровень A доказательности. АСК относится к наиболее изученным антитромбоцитарным средствам, уменьшающим риск развития повторного ИИ. АСК снижает риск сосудистых событий независимо от дозы (от 50 до 1300 мг в сутки), хотя высокие дозы (более 150 мг) увеличивают риск побочных эффектов [13,14]. Если пациент страдает ИБС — минимальная доза АСК составляет 75 мг в сутки. Показано преимущество средних доз АСК (75-150 мг) для снижения риска сердечно-сосудистых событий (на 32%) по сравнению с другими дозами, высокие дозы уменьшали риск на 19%, низкие — на 13% [15]. Существует простая схема подбора дозы АСК — 1 мг/кг веса. Используют специальные лекарственные формы АСК: покрытые кишечнорастворимой оболочкой, комбинацию АСК с антацидом (с гидроксидом магния, карбонатом кальция и др.).

Эффективность дипиридамола в снижении риска повторных инсультов близка к АСК. Препарат назначается при наличии непереносимости АСК в дозе 75-400 мг в сутки. Показано, что при уменьшении дозы дипиридамола не теряется его профилактический эффект, улучшается переносимость, повышается приверженность к лечению [4, 16]. Его назначают при высоком риске геморрагических осложнений, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нестабильном течении АГ, склонности к гипертоническим кризам [17-19]. Относительным противопоказанием для назначения этого препарата является нестабильная стенокардия и недавно перенесенный инфаркт миокарда [12].

Клопидогрел (75 мг 1 раз в день) оценивался в ряде клинических исследований, посвященных профилактике повторного инсульта (CAPRIE, MATCH, PROFESS). У пациентов с полисосудистым атеросклеротическим поражением артерий (коронарных, каротидных, периферических), высоким сосудистым риском, включая и больных с сахарным диабетом, он оказывается более эффективным, обладая мощным поливалентным антиагрегантным действием [20-24]. Клопидогрел достигает своего максимума антитромбоцитарной активности в течение 4-5 дней, эффект сохраняется в течение недели после прекращения приема, что необходимо учитывать при планировании оперативного лечения.

Комбинация АСК (25 мг) и дипиридамола (200 мг) замедленного высвобождения (для лучшей биодоступности) рекомендуется ве-

дущими профессиональными ассоциациями [24-26], считается терапией первого выбора во вторичной профилактике некардиоэмболического инсульта. Если на фоне приема АСК у пациента развивается повторный инсульт или ТИА, одной из рекомендаций по его лечению может быть применение комбинации АСК (25 мг) и дипиридамола (200 мг) замедленного высвобождения [27].

Комбинация клопидогреля с АСК не была рекомендована для вторичной профилактики инсульта из-за более высокого риска развития геморрагических осложнений. В рекомендациях ESO (2008) [24] отмечено, что для нее имеются лишь специальные показания: перенесенный ОКС с подъемом и без подъема сегмента ST или недавнее стентирование коронарных артерий (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств).

Различные антиагрегантные препараты обладают примерно одинаковым профилактическим действием, что позволяет выбирать для конкретного больного оптимальный лекарственный препарат, учитывая индивидуальные особенности церебральной и системной гемодинамики, сосудистой реактивности, состояния сосудистой стенки, при неэффективности или плохой переносимости заменять один препарат другим.

Весьма важно, что антиагрегантные препараты снижают риск развития не только ИИ, но и других сосудистых событий (инфаркта миокарда, сосудистой смерти), что доказано при их назначении более, чем 130 тысячам пациентов [28].

Антитромбоцитарные препараты должны назначаться в соответствии с клиническими показаниями в дозах, эффективность и безопасность которых документирована в крупных контролируемых исследованиях.

### **Рекомендации по антиагрегантной терапии после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (инсульта, ТИА):**

- информировать пациента о том, что антиагрегантная терапия должна проводиться постоянно (пожизненно), что повысит приверженность к лечению;
- при ишемическом некардиоэмболическом инсульте с целью вторичной профилактики продолжать, начатую в острый период, терапию АСК, как препарата первого выбора в дозе 75-150 мг в день, или комбинации АСК 25 мг с дипиридамолом замедленного высвобождения 200 мг по 1 капсуле 2 раза в день;
- начинать терапию с клопидогреля в дозе 75 мг/сутки, как препарата первого выбора при наличии непереносимости АСК

и дипиридамола или при высоком риске развития ИИ, когда у пациента имеется несколько факторов риска: ИБС и/или атеротромботическое поражение периферических артерий, сахарный диабет.

- проводить комбинированную терапию, включающую АСК (75-150 мг в сутки) и клопидогрел (75 мг в сутки) при развитии у больного инсультом или с ТИА острого коронарного синдрома с подъемом или без подъема сегмента ST или при наличие у пациента недавнего стентирования коронарных артерий;
- применять клопидогрел, как препарат первого выбора в дозе 75 мг/сутки, или комбинацию АСК (25 мг) и дипиридамола (200 мг) замедленного высвобождения 2 раза в день у пациентов после повторных ишемических событий (ТИА, инсульт, ОКС, инфаркт миокарда), возникших на фоне терапии АСК;
- не назначать комбинацию АСК 75-150 мг и клопидогреля 75 мг в рутинной практике, так как риск развития угрожающих жизни кровотечений превышает таковой при монотерапии каждым из препаратов;
- не назначать АСК одновременно с нестероидными противовоспалительными препаратами (увеличивается риск развития геморрагических осложнений);
- не назначать пациентам, перенесшим некардиоэмболический ишемический инсульт и не имеющим кардиальных источников эмболии, с целью вторичной профилактики антикоагулянты, так как они по эффективности не превосходят терапию АСК, но приводят к большому количеству осложнений (ESO, 2008).

### **Кардиоэмболический инсульт**

Основной причиной кардиоэмболического варианта ИИ является фибрилляция предсердий (ФП) (синоним ФП — мерцательная аритмия), при которой сократимость левого предсердия нарушается, что способствует стазу крови в ушке предсердия и формированию «красных» тромбов. Эмбологенная опасность существенно выше при пароксизмальных формах мерцательной аритмии (МА), по сравнению с постоянной формой. Условия для тромбоза ушка левого предсердия сохраняются в течение 4 недель после восстановления синусового ритма [5, 29].

Пациентам с мерцательной аритмией, а также с искусственным клапаном сердца и другой патологией, сопряженной с опасностью развития кардиоэмболического ишемического инсульта, рекомендуется с целью вторичной профилактики прием непрямых антикоагулянтов. Эффективность анти-

агрегантных препаратов у этой категории больных ниже в сравнении с непрямыми антикоагулянтами, при этом риск развития геморрагических осложнений сопоставим. Препаратами выбора в этих случаях являются не прямые пероральные антикоагулянты: антагонист витамина К варфарин (4-гидроксикумарин), прямой ингибитор тромбина (дабигатран) и прямые ингибиторы фактора Ха (ривароксабан, апиксабан). В отличие от антагонистов витамина К, блокирующих образование нескольких активных витамин К-зависимых факторов свертывания крови (факторы II, VII, IX и X), последние препараты блокируют активность одного этапа коагуляции.

У больных, перенесших ТИА или ИИ на фоне мерцательной аритмии, при приеме варфарина и поддержании международного нормализованного отношения (МНО) на уровне 2,0–3,0 ишемические события ежегодно развиваются только в 8% случаев при относительно низкой частоте больших кровотечений (до 3% в год). Применение варфарина требует тщательного контроля параметров коагуляции и соответствующей коррекции дозы, которую подбирают постепенно, ориентируясь на МНО, которое поддерживают на уровне 2,0–3,0. Антагонисты витамина К считаются высокоэффективным средством профилактики инсульта. Однако взаимодействие препарата с пищей и другими лекарственными средствами влияет на его эффективность, заставляет часто определять параметры коагуляции и корректировать дозу. Для многих пациентов такие требования делают лечение антагонистами витамина К трудновыполнимым.

В трех недавно завершённых исследованиях (RELY, ROCKET-AF и ARISTOTLE) продемонстрирована как минимум сравнимая с варфарином эффективность новых пероральных антикоагулянтов в отношении профилактики инсульта и артериальных тромбоэмболий, преимущество в безопасности в виде снижения риска развития геморрагического инсульта, а также тенденции к снижению смертности. Дабигатрана этексилат (110 и 150 мг 2 раза/сут) в исследовании RE-LY сравнивался с варфарином с целевым значением МНО 2,0–3,0 в отношении профилактики ИИ и артериальных тромбоэмболий у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). В исследовании ROCKET AF проведено сравнение эффективности профилактики инсульта и системной эмболии у больных с ФП и риском инсульта от высокого до умеренного с помощью ривароксабана (пероральный ингибитор фактора Ха) в фиксированной дозе 20 мг 1 раз в сутки и варфарина в индивидуально подобранной дозе. Апиксабан был изучен в рандомизированном, двойном

слепом исследовании ARISTOTLE, в котором сравнивался с варфарином в отношении профилактики инсульта и артериальных тромбоэмболий у больных ФП или трепетанием предсердий. По эффективности в отношении снижения совокупной частоты инсульта и артериальных тромбоэмболий апиксабан и дабигатрана этексилат в дозе 150 мг 2 раза/сут превосходят варфарин, а эффективность дабигатрана этексилата в дозе 110 мг 2 раза/сут и ривароксабана сравнима с варфарином. Преимущество перед варфарином в отношении снижения общего риска ИИ/инсульта неуточнённой этиологии отмечено только у дабигатрана этексилата в дозе 150 мг 2 раза/сут. При учете совокупной частоты крупных кровотечений безопасность дабигатрана этексилата в дозе 150 мг 2 раза/сут и ривароксабана сравнима с варфарином, а апиксабана и дабигатрана в дозе 110 мг 2 раза/сут имеет преимущество перед варфарином. При сравнении с варфарином использование обеих доз дабигатрана, ривароксабана и апиксабана сопряжено с более низким общим риском геморрагического инсульта и внутримозговых кровотечений; наряду с этим при использовании дабигатрана этексилата в дозе 150 мг 2 раза/сут и ривароксабана повышается общий риск крупных кровотечений из желудочно-кишечного тракта.

### **Рекомендации по антикоагулянтной терапии:**

- назначать пациентам сразу же после установления диагноза ТИА или малый инсульт кардиоэмболического подтипа с целью вторичной профилактики инсульта оральные антикоагулянты: варфарин (класс I, уровень A доказательности), или дабигатран (класс I, уровень B доказательности), или апиксабан (класс I, уровень B доказательности), или ривароксабан (класс IIa, уровень B доказательности);
- назначать оральные антикоагулянты не ранее, чем через несколько недель от начала ишемического кардиоэмболического инсульта (вопрос решается индивидуально в каждом конкретном случае) в случае тяжелого его течения с признаками обширного инфаркта по данным нейровизуализации (очаг поражения более 1/3 бассейна средней мозговой артерии);
- осуществлять выбор орального антикоагулянта индивидуально с учетом факторов риска, предпочтений пациента, возможных лекарственных взаимодействий, стоимости препарата;

- осуществлять назначение варфарина 1 раз в сутки, перед началом терапии определить МНО, под контролем которого обеспечивается индивидуальный подбор дозы препарата, дальнейший контроль МНО осуществляется каждые 4-8 недель. Если больной переносит ИИ или ТИА на фоне приема варфарина, следует увеличивать дозу непрямого антикоагулянта с достижением уровня МНО 3,0-3,5, а не присоединять к терапии антитромбоцитарный препарат;
- Эффективной альтернативой варфарину могут быть новые пероральные антикоагулянты (класс IIa, уровень А доказательности) [2012 focused update of the 2010 ESC guidelines for the management of atrial fibrillation]:
  - дабигатран в дозе 150 мг 2 раза/сут. для большинства больных; в дозе 110 мг 2 раза/сут. для пациентов в возрасте > 80 лет, а также при совместном использовании с препаратами, влияющими на фармакодинамику, для лиц с высоким риском кровотечений (HASBLED  $\geq$  3), при клиренсе креатинина 30-49 мл/мин; у пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин дабигатран противопоказан;
  - ривароксабан в дозе 20 мг 1 раз в сут. для большинства больных; в дозе 15 мг 1 раз в сутки для пациентов с клиренсом креатинина 30-49 мл/мин, для лиц с высоким риском кровотечений (HASBLED  $\geq$  3); у пациентов с клиренсом креатинина менее 30 мл/мин ривароксабан противопоказан;
  - апиксабан 5 мг 2 раз в сут для большинства больных; в дозе 2,5 мг 2 раз/сут. для пациентов в возрасте > 80 лет, при весе < 60 кг, при уровне креатинина > 133 мкмоль/л; препарат не следует использовать, если клиренс креатинина менее 30 мл/мин.
- не использовать комбинированную терапию дабигатраном, ривароксабаном или апиксабаном с антиагрегантами, безопасность и эффективность которой не установлена (класс IIb, уровень доказательности C).
- при фибрилляции предсердий клапанной этиологии и у пациентов после имплантации искусственных клапанов сердца в качестве антикоагулянтов использовать варфарин, т.к. применение дабигатрана у таких больных запрещено FDA и другими контрольными органами, а другие новые антикоагулянты в данных клинических ситуациях не изучались.

### **Гиполипидемическая терапия в целях вторичной профилактики нарушений мозгового кровообращения**

В настоящее время для вторичной профилактики инсульта у пациентов с проявлениями атеросклероза, с наследственными и вторичными дислипидемиями показаны препараты, снижающие уровень общего ХС, ХС ЛПНП и повышающие уровень ХС ЛПВП. Наиболее эффективными из них являются статины.

Эффективность назначения статинов для вторичной профилактики инсульта показана в ряде рандомизированных клинических исследований. Исследования 4S, PROSPER показали снижение риска развития инсульта при использовании симвастатина в дозе 40 мг/сутки около 4-5 лет и правастатина в дозе 40 мг/сутки, который уменьшал риск развития инсульта на 31%. В исследовании SPARCL показано, что назначение аторвастатина в дозе 80 мг/сутки эффективно и безопасно даже у больных, перенесших ТИА или инсульт и не имеющих ни ИБС, ни высокого уровня ХС в сыворотке крови [30].

Ориентировочная схема подбора дозы статинов у пациентов с различными клиническими состояниями представлена в Приложении 3.

Назначая статины, следует помнить о возможности развития побочных эффектов. Могут отмечаться боли в животе, метеоризм, запоры. Асимптомное повышение уровня печеночных трансаминаз более, чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы, на фоне терапии статинами встречается не более, чем у 3 больных из 1000, печеночная недостаточность — не более чем у 1 пациента из 1 миллиона, довольно редко (0,1–0,5%) наблюдаются миопатия и миалгия.

### **Рекомендации по гиполипидемической терапии:**

- для первичной профилактики инсульта у лиц с высоким кардиоваскулярным риском назначают статины, при этом целевые уровни общего ХС < 4,5 ммоль/л (< 175 мг/дл), предпочтительнее < 4 ммоль/л (< 155 мг/дл), ХС ЛПНП < 2,5 ммоль/л (< 100 мг/дл);
- всем пациентам после перенесенного ишемического некардиоэмболического инсульта или ТИА показаны статины, независимо от уровня ХС ЛПНП. Целевой уровень ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл) и/или снижение на 50% от исходного уровня при невозможности достижения целевого уровня;
- терапия статинами должна быть назначена как можно раньше после начала развития инсульта или ТИА [11];

- не отменять принимаемые статины в остром периоде инсульта, так как это может быть связано с увеличением риска смерти и инвалидизации [24];
- с осторожностью применять терапию статинами у пациентов, перенесших геморрагический инсульт (по мнению ряда экспертов возможно развитие повторного внутримозгового кровоизлияния), решение о необходимости данной терапии принимается с учетом всех факторов риска и сопутствующих заболеваний;
- при терапии статинами и повышении активности трансаминаз печени более 3-х верхних пределов нормальных значений нужно повторить анализ крови, если уровень хотя бы одного из печеночных ферментов при двух последовательных измерениях превышает в 3 раза верхние пределы нормальных значений, прием статинов следует прекратить; в случаях умеренного повышения ферментов достаточно снизить дозу препарата. Обычно в течение короткого времени уровни ферментов возвращаются к норме и лечение можно возобновить с меньшей дозы либо с назначением другого статина.

### Хирургическая профилактика острых нарушений мозгового кровообращения

Окклюзирующая патология сонных артерий является ведущей причиной атеротромботического и гемодинамического подтипов

инсульта. При стенозе внутренней сонной артерии более 70% по европейской методике оценки стеноза и более 50 % по североамериканской методике (см. рисунок 10.1) вероятность развития ИИ составляет от 2% до 5% в течение года. С появлением ТИА риск развития ИИ увеличивается с 12% за первый год до 30-37% в течение последующих 5 лет. По обобщенным данным окклюзия внутренней сонной артерии приводит к развитию инсульта с частотой до 40% в течение 1-го года, а затем с частотой около 7% в год [31-33].

Эндоваскулярное вмешательство применяется в следующих случаях: когда проведение КЭАЭ затруднено в связи с особым расположением стеноза (локализация стеноза с неудобным доступом для КЭАЭ); имеется высокий риск проведения общей анестезии у пациентов с соматической патологией (тяжелая сердечно-легочная недостаточность, осложненный сахарный диабет, неконтролируемая артериальная гипертензия и др.); имеется расслоение или радиационный стеноз внутренней сонной артерии; предшествующее облучение или радикальное хирургическое вмешательство на шее; рестеноз после КЭАЭ; фибромаскулярная гиперплазия; артериит Такаясу и др.

Важным компонентом лечения является антитромботическое сопровождение оперативных вмешательств. Рекомендовано назначение комбинированной терапии, включающей АСК (75-150 мг в сутки) и клопидогрел (75 мг в сутки), у пациентов, перенесших

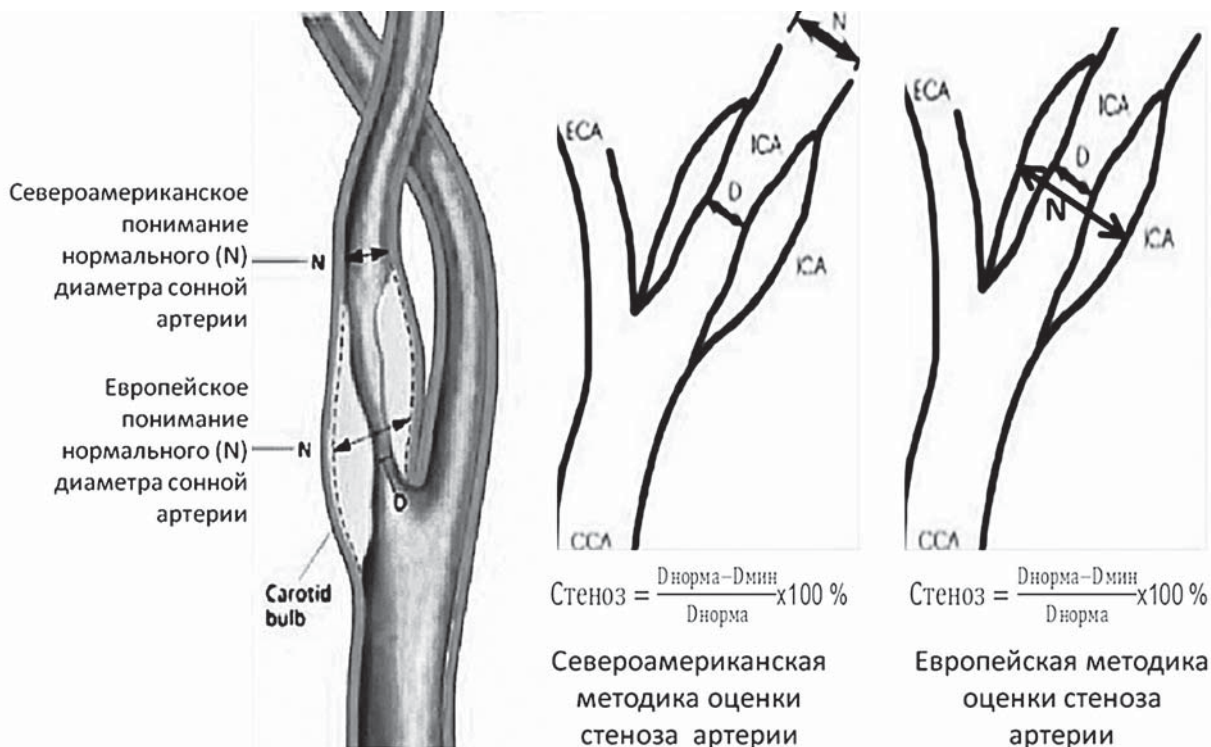


Рис. 10.1. Североамериканская и Европейская методики оценки стеноза сонной артерии.



стентирование сонной артерии (до операции и в течение минимум 3-х месяцев после оперативного лечения). Пациентам, которым проведена каротидная эндартерэктомия, перед проведением операции и после нее показано назначение АСК (75-150 мг в сутки).

### **Рекомендации по хирургической профилактике острых нарушений мозгового кровообращения:**

- проводить ультразвуковое исследование прецеребральных артерий для выявления окклюзирующих атеросклеротических поражений у всех пациентов, перенесших ИИ и ТИА;
- при выявлении окклюзирующего атеросклеротического стеноза внутренней сонной артерии от 70 до 99% по европейской методике оценки стеноза и от 50 до 99% по североамериканской методике направлять пациента на консультацию ангиохирурга с целью определения дальнейшей тактики ведения;
- проведение каротидной эндартерэктомии пациентам со стенозом внутренней сонной артерии 70-99% (по европейской методике оценки стеноза) (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств), при условии их проведения в сосудистых центрах с показателем послеоперационных осложнений (любой инсульт или смерть) менее 6% (класс I пользы рекомендации, уровень A доказательств);
- при выявлении у пациентов, перенесших ишемический некардиоэмболический инсульт, стеноза внутренней сонной артерии от 50 до 99% по европейской методике оценки стеноза и от 30 до 99% по североамериканской методике направлять их на консультацию ангиохирурга с целью определения дальнейшей тактики ведения;
- осуществлять проведение каротидной эндартерэктомии в наиболее оптимальные сроки от 2 до 4 недель от начала проявлений ТИА или малого инсульта;
- направлять пациентов, нуждающихся в хирургической профилактике инсульта, но имеющих противопоказания к операции каротидной эндартерэктомии (например, расположение стеноза в хирургически недоступном месте, рестеноз артерии после операции, отказ от операции пациента и др.) на консультацию специалиста по эндоваскулярной диагностике и лечению с целью определения целесообразности и возможности эндоваскулярного вмешательства;
- проводить антитромбоцитарную терапию до и после операции на сонных артериях (класс I, уровень A);

- назначать пациентам перед операцией каротидной эндартерэктомии и после ее проведения АСК (75-150 мг в сутки);
- осуществлять комбинированную терапию включающую АСК (75-150 мг в сутки) и клопидогрел (75 мг в сутки), у пациентов, перенесших стентирование сонной артерии (до операции и в течение минимум 3-х месяцев после оперативного лечения).

### **Список использованных источников информации**

1. Hackam D.G., Spence J.D. Combining Multiple Approaches for the Secondary Prevention of Vascular Events After Stroke: A Quantitative Modeling Study // Stroke. 2007; 38: 1881-1885
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И., Гехт А.Б. Неврология. Национальное руководство. М., «ГЭОТАР - Медиа», 2009, 1040с.
3. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А. и др. Как правильно выбрать антиагрегант для вторичной профилактики ишемического инсульта. // Consilium medicum, 2007, 9, №2, 68-72.
4. Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Пряникова Н.А., Мешкова К.С. Вторичная профилактика инсульта – взгляд невролога. // Нові стратегії в неврології (Матеріали XI Міжнародної конференції 26-29 квітня 2009 року, м. Судак) під редакцією С.М. Кузнецової- Київ, 2009. – с. 195-200.
5. Фоякин А.В., Гераскина Л.А. Кардиогенные инсульты. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2009, № 1, с.23-28
6. Инсульт: Клиническое руководство / Хеннерици М.Г., Богуславски Ж., Сакко Р.Л.; Пер. с англ.; Под общ. ред. чл.-корр. РАМН Скворцовой В.И. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008.- 224 с
7. Загидуллин Н.Ш., Загидуллин Ш.З. Особенности лечения больных, перенесших инсульт, в терапевтической практике// Справочник поликлинического врача -2010. -№ 8. - С.29-32
8. Schrader J, Luders S, Kulschewski A et al. Mortality and morbidity after stroke, Eprosartan compared with Nitrendipine for secondary prevention. Principal results of a prospective randomised controlled study (MOSES). Stroke 2005; 36: 1218-26.
9. Geeganage CM, Bath PMW. Relationship Between Therapeutic Changes in Blood Pressure and Outcomes in Acute Stroke: A Metaregression. Hypertension 2009; 54: 775-81
10. Adams HP, del Zoppo G, Alberts MJ et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. Stroke 2007; 38: 1655-711
11. Brainin M., Heiss W., Stroke medicine, Cambridge UP, 2010, 327 p
12. Тул Дж.Ф., Гусев Е.И. Сосудистые заболевания головного мозга /Перевод с англ./ Под ред. Акад. РАМН Е.И. Гусева, проф. А.Б. Гехт / Руководство для врачей: 6 изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С.73-102

13. Algra A., van Gijn j. Aspirine at any dose above 30 mg offers only modest protection after cerebral ischemia.// *J NeurolNeurosurg Psychiatry* 1996; 60: 197-199
14. Campbell C., Smyth S., Montalescot G., Steinhubl S., Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease: A systematic review. *JAMA* 2007; 297:2018-2024
15. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *Antithrombotic Trialists' Collaboration. BMJ.* 2002;324:71-86
16. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. М.: ПАГРИ, 2002, 118с
17. Белоусов Ю.Б. Оценка эффективности и безопасности длительной профилактики артериальных тромбозов // *Международный медицинский журн.* - 1999. - №8. - С. 11-12
18. Стаховская Л.В. Атиагреганты: вопросы эффективности и безопасности профилактики ишемического инсульта// *Международный медицинский журнал* 1999.- № 5. - с.11-12
19. Барышникова Г.А. Дипиридабол в общетерапевтической практике // *Проблемы женского здоровья -2007.-Т. 2.-№1.* -С. 1-5
20. Танащян М.М., Умарова Р.М., Гераскина Л.А., Фонякин А.В. Гемангиокорректорная эффективность Плавикса у больных с церебральной ишемией. *Атмосфера. Нервные болезни.* - 2005. - 3. -С.2-7
21. Фонякин А.В., Гераскина Л.А. Роль антитромботической терапии во вторичной профилактике ишемического инсульта у пациентов с сочетанным поражением сосудистых бассейнов.// *Атмосфера. Нервные болезни*, 2010, №1, с. 2-5
22. Bhatt D., Fox K., Hacke W. et al. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events. *N Engl J Med* 2006; 354: 1706-1717
23. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack. 2008
24. European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee. Guidelines for management of ischemic stroke and transient ischemic attack. *Cerebrovasc Dis* 2008; 25: 457-507
25. Sacco R.L., Sivenius., Diener H.C. Efficacy of aspirin plus extended release dipyridamole in preventing recurrent stroke in high risk populations. *ArchNeurol* 2005;62(3):403-408
26. Luijckx G., de Keyser J.H. The combination of acetylsalicylic acid and dipyridamole is more effective in secondary prevention following transient ischemic attack or cerebral infarction: the debate is closed. *Ned TijdschrGeneesk* 2006;150(33):1812-1814
27. Lenz T.L., Hilleman D.A. Aggrenox: a fixed-dose combination of aspirin and dipyridamole. *Ann Pharmacother* 2000;34(11):1283-1290
28. Sacco R.L., Diener H., Yusuf S. et al., for the PROFESS Study Group. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidogrel for recurrent stroke. *N Engl J Med.* 2008;359:1238-1251.
29. Gladstone D.J., Bui E., Fang J. et al. Potentially preventable strokes in high-risk patient with atrial fibrillation who are not adequately anticoagulated. *Stroke.* 2009; 40: 235-240
30. Paciaroni M., Bogousslavsky J. Primary and Secondary Prevention of Ischemic Stroke *EurNeurol* 2010;63:267-278
31. Coull A.J., Lovett J.K., Rothwell P.M. Population based study of early risk of stroke after transient ischemic attack or minor stroke: implications for public education and organization of services. *BMJ* 2004; 328:326-328
32. Johnston S.C., Rothwell P.M., Nguyen-Huynh M.N. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischemic attack. *Lancet* 2007; 369: 283-292
33. Selvarajah R., Smith C. J., Hulme S. Prognosis in patients with transient ischaemic attack (TIA) and minor stroke attending TIA services in the North West of England: The NORTHSTAR Study// *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 2008;79:38-43.

## XI. Профилактика хронических бронхо-лёгочных заболеваний

Болезни органов дыхания являются наиболее распространенной группой заболеваний. Хронические БОД наряду с БСК, онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом второго типа, числятся в приоритетах ВОЗ, так как эти группы заболеваний составляют свыше 50% всех причин преждевременной смерти населения. В Российской Федерации в 2011 году по данным обращаемости за медицинской помощью у взрослого населения было зарегистрировано более 24 млн. случаев БОД, при этом на хронические болезни среди них приходилось 23,1% случаев.

По данным ВОЗ, полученным при обследовании репрезентативных выборок населения на основании международной анкеты и спирометрии в рамках эпидемиологического исследования GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases), хронические БОД представляют серьезную проблему для здравоохранения во всех странах мира. Распространенность их увеличивается, особенно, в странах с низким и средним уровнем доходов населения [1,2]. Такие болезни, как бронхиальная астма (БА), аллергические заболевания верхних отделов дыхательных путей, хронические обструктивные заболевания лёгких (ХОБЛ), профессиональные заболевания лёгких, синдром расстройства дыхания во время сна, лёгочная гипертензия, можно контролировать как в развитых, так и в развивающихся странах, благодаря ранней диагностике и качественному лечению [3]. В то же время, значительная часть хронических БОД остается не диагностированной [4] и, соответственно, пациенты не получают лечение в необходимом объеме [5]. Это снижает качество жизни больных, приводит к временной и стойкой утрате трудоспособности и преждевременной смерти [2].

Обследование выборки взрослого населения в 12 районах Российской Федерации в 2010-2011 гг. по программе GARD (7165 человек в возрасте 18 лет и старше), включая спирометрическое исследование (1322 человека), подтвердило высокую распространенность хронических БОД [6]. Среди респондентов хотя бы один из симптомов хронических БОД (кашель, мокрота, одышка) имели 39,7%, а три этих симптома — 6,8%. Наличие кашля беспокоило 33,8% пациентов и, в том числе, три и больше месяцев ежегодно — 18,2%, а отделение мокроты соответственно — 23,7% и 12,7%. Приступ хрипов в груди был в прошлом у 25,7% пациентов и больше одного раза — у 20,2%.

Симптомы аллергического ринита имели 23,6% опрошенных взрослых.

Одышка беспокоила 37,0% респондентов, и 31,3% из них связывали её с наличием болезней сердца или лёгких. При этом 25,5% пациентов указали, что идут медленнее людей аналогичного возраста, 15,4% останавливаются при ходьбе в обычном ритме, 8,4% останавливаются через несколько минут ходьбы и 3,1% ощущают одышку при одевании.

О наличии БА, подтвержденной врачом, знали 6,9% пациентов, хронического бронхита (ХБ) — 22,2% пациентов, эмфиземы лёгких — 1,5%, заболеваний сердца — 26,9%. При этом, болезни сердца и сосудов имели положительную корреляцию с хроническими БОД. Среди пациентов, у которых была проведена спирометрия, клинические признаки ХОБЛ были обнаружены пульмонологом в 23,8% случаев и БА — 19,0% случаев. Анализ, основанный на отношении комбинированных шансов для ХОБЛ и БА у пациентов с диагнозом, подтвержденным врачом и спирометрией, распространенность ХОБЛ в общей численности населения оценивалась как 349 респондентов или 4,87% (95% ДИ: 4,38% – 5,39%) и 293 респондентов или 4,09% (95% ДИ: 3,64% – 4,57%) с бронхиальной астмой. При приступах хрипов в груди лекарства принимали только 15,7% респондентов. Среди больных ХОБЛ регулярно принимали ингаляционные лекарственные средства 7,1%, а для профилактики обострений — только 0,5% пациентов. Таким образом, недостаточный уровень диагностики хронических БОД у взрослых людей сопровождался несвоевременно назначенным лечением.

У пациентов, страдающих ХОБЛ, снижение ОФВ1 ассоциировалось с увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний, и в 12-37% случаев они умирали от этих болезней [42]. Наиболее частыми причинами были: острый инфаркт миокарда, аритмия, хроническая сердечная недостаточность, заболевания периферических сосудов и инсульт. В большом исследовании NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey) III пациенты со снижением ОФВ1 нижней квинтили имели пятикратное увеличение смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний, чем верхней квинтили [43].

GOLD (2009) цитирует исследование из Нидерландов, которое обнаружило, что до 25% больных ХОБЛ старше 65 лет имеют два или больше сопутствующих заболеваний и

17% имеют 3 и больше. Эти пациенты подвержены повышенному риску инфаркта миокарда, стенокардии, остеопороза, респираторных инфекций, переломов костей, депрессии, диабета, расстройств дыхания во время сна, анемии и глаукомы. Употребление табака обеспечивает общий фактор риска для нескольких заболеваний, включая атеросклероз сосудов, рак, язвенную болезнь и остеопороз [44].

**Профилактика болезней органов дыхания** — это основополагающий принцип, реализация которого в первичном звене здравоохранения может остановить распространение хронических БОД среди населения Российской Федерации. В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания или выраженной патологии можно рассмотреть два вида профилактики: *первичная и вторичная*.

### **Первичная профилактика (медико-социальная, активная)**

Направлена на предупреждение развития заболеваний, повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды. Среди ФР, приводящих к возникновению хронических БОД у взрослых, основными являются курение, загрязнение воздушной среды, производственное загрязнение воздуха на рабочих местах, грипп и другие острые респираторные вирусные заболевания (ОРВИ). В условиях высокотехнологичного производства курение становится более агрессивным агентом, чем загрязнение воздушной среды, и играет ведущую роль в развитии этих болезней. Значимость отдельных ФР не одинакова и зависит от степени выраженности и продолжительности действия каждого из них, а также их сочетанного воздействия. В реализации задач первичной профилактики важное место занимает деятельность медицинских учреждений, где врач-терапевт осуществляет активное наблюдение за состоянием здоровых людей путем профилактических и периодических медицинских осмотров. При этом стандартный анкетный опрос пациента позволяет выявить ФР и симптомы ХНИЗ, и в том числе БА и ХОБЛ, а спирометрическое исследование уточняет диагноз, оценивает тяжесть течения и степень контроля болезни.

В ОМП (КМП) учреждений ПМСП пациенты получают индивидуальные рекомендации и обучение основам ЗОЖ, проводится коррекция ФР ХНИЗ, и в том числе хронических БОД, что продуктивно для целей их профилактики, как у здоровых, так и больных лю-

дей. Если курильщик периодически кашляет, ощущает одышку при быстрой ходьбе, в прошлом перенёс острое заболевание лёгких, то необходимо направить его на спирометрическое исследование и рекомендовать прекращение курения табака, что может уменьшить риск развития ХОБЛ [7]. Для первичной профилактики многофакторных заболеваний, таких как БА и ХОБЛ, формирование группы пациентов с ФР ХНИЗ и профессиональными ФР при профилактическом обследовании взрослого населения имеет особую значимость [8]. При проведении образовательных программ (школ) для пациентов группы повышенного риска хронических БОД следует учитывать профессию участников, что повысит их эффективность.

Люди с избыточной массой тела, курильщики, имеющие профессиональные вредности, болеющие чаще двух раз в год ОРВИ, со снижением трудоспособности после заболевания более 3 недель с наличием респираторных симптомов имеют повышенный риск развития осложнений и хронических БОД. Они нуждаются в ежегодной вакцинации против гриппа и специфической профилактике пневмококковой инфекции (уровень А доказательств) [9, 10, 11].

### **Вторичная профилактика**

Это комплекс мероприятий, направленных на раннее выявление заболевания, его правильное лечение, и устранение указанных выше ФР хронических БОД, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания [8, 12]. Таким образом, эффективная вторичная профилактика хронических БОД включает в себя и меры первичной профилактики, что свидетельствует о единстве профилактической деятельности в области охраны здоровья.

Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является *диспансеризация*, как комплексный метод раннего выявления заболеваний и последующего динамического наблюдения пациентов с проведением направленного лечения, рационального последовательного оздоровления, предупреждения рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений, предотвращения инвалидности и развития тяжелых форм заболевания, при которых трудоспособность либо утрачивается, либо существенно ограничивается.

Качество диспансерного наблюдения терапевтом выявленных больных повышается при применении комплекса методов иссле-

дования. Он включает стандартный опрос о наличии ФР, респираторных симптомов, перенесенных заболеваний; медицинский осмотр и инструментальные методы — спирометрия, измерение в выдыхаемом воздухе уровня оксида азота (NO), как маркера аллергического воспаления дыхательных путей, и монооксида углерода (CO) для оценки активного и пассивного курения. Это позволяет улучшить диагностику хронических БОД и эффективно оценивать динамику состояния пациента во времени [13, 14]. Показатель NO<sub>2</sub> < 25 ppb у взрослых и < 20 ppb у детей указывает на достаточный контроль БА (уровень А доказательств). При экспозиции CO табачного дыма или внешних источников уровень этого газа в выдыхаемом воздухе обследуемого превышает 6 ppb.

Наибольшее количество пациентов с хроническими БОД можно обнаружить среди людей, имеющих ФР развития этих болезней. Доказанными внешними ФР является активное и пассивное курение табака, низкий социально-экономический статус, загрязнение воздуха промышленными аэрозолями и продуктами горения жидкого и твердого топлива, газообразными веществами и пылевыми частицами из различных источников, особенно частицами малых размеров (меньше 10 микрон). Указания в анамнезе на повторные бронхо-лёгочные инфекции, бронхоэктазы и предполагаемый кистозный фиброз, перинатальные факторы (недоношенность, рождение с низким весом тела, респираторный дистресс синдром), заболевания и проявления атопии (экзема, аллергический ринит, бронхиальная астма, эмфизема и спонтанный пневмоторакс) в детском возрасте, нарушение питания, курение матери также имеют большое значение [15,16]. Среди внутренних ФР наибольшее влияние на формирование хронических БОД оказывают наследственная предрасположенность, половые и этнические особенности. Биологические различия между мужчинами и женщинами прослеживаются с детского возраста и хорошо документированы, также как различия в состоянии иммунной системы. Это проявляется в большей чувствительности мальчиков ко многим инфекциям, а у женщин — в повышении частоты развития аутоиммунных заболеваний. Уровень иммуноглобулина E у мальчиков выше, чем у девочек, и это различие поддерживается с возрастом. Реактивность дыхательных путей, проявляющаяся бронхоспастическим синдромом, выше у женщин, чем у мужчин. Хотя половые различия определяются генетическими факторами, факторы окружающей среды также могут влиять на активность половых гормонов.

Например, курение обладает антиэстрогенной активностью, а пестициды могут изменять уровень андрогенов. Большое значение имеют уровень стресса и качество питания. Этническое и семейное сходство в течении хронических БОД у людей из разных стран является результатом комбинации генетических факторов и влияния окружающей среды [17].

Распространенность курения табака (включая людей, прекративших курение) среди взрослого населения России по данным исследования GARD в 2011 году составила 45,9%, и 33,6% респондентов были курильщиками на момент обследования. Курение имело положительную корреляцию с ХБ, перенесенным туберкулёзом и пневмонией. На рабочем месте больше 1 года подвергались воздействию пыли 22,2% респондентов, и этот фактор имел прямую связь с наличием у них аллергического ринита, ХБ, перенесенного туберкулёза, пневмонии и другими БОД. По данным опроса открытый огонь или органическое топливо для приготовления пищи и отопления помещения использовали 34,0% респондентов, что ассоциировалось с наличием у них ХБ и перенесенного туберкулёза. Наличие БА у пациентов имело отрицательную корреляционную зависимость с курением и положительную связь — с аллергическим ринитом, ХБ и эмфиземой легких, перенесенной пневмонией.

**Курение табака** само по себе является хроническим заболеванием. Это наиболее частая причина смерти и болезни в странах Европы, несмотря на прогресс, которого добились в борьбе с табаком. Более 650000 европейцев погибают ежегодно в связи с курением, что составляет одну из каждых семи смертей в странах Европейского Союза (ЕС). Доля смертей по причине БОД, связанная с курением, среди людей среднего возраста, составляет 54% для мужчин и 42% для женщин [18]. Фактически половина курильщиков умрут из-за своей привычки и потеряют в среднем 14 лет из своей возможной продолжительности жизни. Курение табака является наиболее частой причиной респираторных заболеваний. У курильщиков в 6 раз выше риск заболеть ХОБЛ и в 10 раз выше риск развития рака легких по сравнению с теми, кто не курит. 80-90% случаев смерти от ХОБЛ – результат курения табака. Рак легких – самая распространенная причина смерти от раковых заболеваний во всем мире, а также наиболее частая причина смерти от курения. Табачный дым при пассивном курении (ПК) также повышает риск развития рака лёгких, приступов БА и ухудшения симптомов ХБ у взрослых, а так-

же может быть причиной рецидивирующих респираторных болезней, БА и нарушений функции дыхания у детей.

Для курильщиков характерно нездоровое питание, которое усугубляет отрицательное действие курения на организм человека и является дополнительным фактором для формирования сопутствующих заболеваний [19]. Масса тела курильщиков ниже, чем у некурящих, но количество энергии, получаемой с пищей, выше. Питание характеризуется более высоким уровнем потребления жира, насыщенных жирных кислот, алкоголя, холестерина, соли, масла или твердого маргарина. В тоже время они употребляют меньше углеводов, фруктов и овощей, клетчатки и витаминов, обладающих антиоксидентной активностью.

Курение табака является основной предотвращаемой причиной смерти и БОД во всём мире [20,21].

В целом, отмечена выраженная взаимосвязь между количеством никотина, попавшего в организм курильщика, и заболеванием, а именно: более частое курение в течение более длительного времени повышает риск заболевания. Расчет индекса курящего человека (ИКЧ), как числа сигарет, выкуриваемых ежедневно, умноженное на число лет курения и делённое на 20, определяет количество пачка-лет потребления табака и позволяет прогнозировать наличие хронических заболеваний, связанных с курением. ИКЧ больше 10 имеет достоверную связь с наличием ХОБЛ [12]. Количество сигарет, выкуриваемых в день, имеет прямую корреляционную зависимость с уровнями тиоцианата сыворотки крови и СО в выдыхаемом воздухе. Измерение СО в выдыхаемом воздухе доступно и применимо при клиническом наблюдении курящего человека [13,22]. Присутствие никотина может быть измерено по его метаболиту котинину, период полураспада которого составляет 20 часов, в крови, слюне, моче, цервикальной жидкости и в волосах.

Несмотря на то, что многие курильщики хотят отказаться от этой привычки, всё же только 12% курильщиков в Европе и 8% курильщиков в США хотят прекратить курение в ближайшие 30 дней [23]. Необходимо выявлять курящих людей при визитах к врачу. Чем сильнее антитабачное окружение, тем больше попыток делает курильщик, чтобы бросить курить. Врач должен занимать активную позицию в отношении курения [24]:

- 1) рассчитать ИКЧ и настоятельно рекомендовать прекращение курения;
- 2) определить готовность курящего пациента отказаться от табака с применением мотивационной анкеты и анкеты

Фагерстрёма и определить соотношение никотиновая/поведенческая зависимость (см. раздел XIII рекомендаций);

- 3) помочь сделать выбор метода отказа от табака с выбором эффективного лекарства/поведенческой помощи;
- 4) провести правильное лечение никотиновой зависимости (НЗ);
- 5) осуществить многократный контроль и поддержку пациента, прекратившего курение табака.

У здорового курильщика для получения положительного результата бывает достаточно короткой программы и небольшого объема вмешательства по отказу от табака. Врач-терапевт первичного звена здравоохранения самостоятельно может обеспечить такую медицинскую помощь. У курильщика, имеющего хронические заболевания, необходимы интенсивные методы вмешательства, и для отказа от курения пациента следует направить в кабинет медицинской профилактики, а при необходимости провести консультации и обследования у таких специалистов как пульмонолог, кардиолог и психотерапевт.

У многих пациентов с хроническими БОД имеется длительный период курения с формированием никотиновой зависимости. Курильщик считается зависимым, если:

- ему нужна сигарета в любой ситуации и его поведение зависит от никотина;
- он не может бороться с желанием курить, даже если знает, что это принесет ему вред.

Никотиновая зависимость — это хроническое состояние, требующее длительного лечения до полной или устойчивой ликвидации симптомов абстиненции. Имеется сильная прямая корреляционная связь между никотиновой зависимостью и депрессией, а также другими психическими нарушениями [25].

В настоящее время существует эффективное лечение никотиновой зависимости, и оно может быть применено у всех курильщиков [26, 27]. Врач-терапевт после обучения методике может самостоятельно лечить здоровых курильщиков, и совместно с другими специалистами, если у пациента имеются хронические болезни. Необходимо оценивать и отражать в медицинской документации результаты лечения никотиновой зависимости при каждом визите пациента. У части курильщиков может быть эффективно даже кратковременное вмешательство по прекращению курения табака, и это также следует использовать. Имеется обратная связь между степенью никотиновой зависимости и результатом лечебного вмеша-

ства. Наибольший положительный результат дает сочетание трёх видов поддержки: 1) практические советы, 2) социальная поддержка, как часть лечения, 3) социальная поддержка независимо и помимо основного лечения.

Если курильщик готов к отказу от курения, что можно определить на основании анкетного опроса, то ему необходимо оказать помощь, объем которой зависит от степени никотиновой зависимости. Одной из альтернатив для курильщиков, которые не готовы или не в состоянии полностью отказаться от курения, является уменьшение интенсивности курения (называемое также уменьшением вреда). Лечение курильщика основано на применении лекарств, например, никотин замещающих лекарственных средств, и поведенческих подходах. Курильщик может отказаться от своей привычки без чьей-либо помощи, но это намного сложнее, чем прекращение курения с помощью специалиста (уровень А доказательств). Методики отказа от табака достаточно хорошо разработаны [25,27]. В настоящее время препаратами первой линии для лечения никотиновой зависимости у больных хроническими БОД являются никотин замещающие препараты и бупропион (в России бупропион не зарегистрирован). Эти лекарственные средства назначаются пациентам при отсутствии противопоказаний к их применению. Никотин замещающая терапия позволяет курильщикам постепенно снизить количество выкуриваемых сигарет, при этом поддерживая обычную для них дозу никотина. Программы изменения поведения эффективны даже независимо от этих лекарственных средств, а именно [23]:

- 1) помощь себе самому (аудио, видео и печатные материалы по отказу от табака);
- 2) короткий совет от врача с информацией, как бросить курить;
- 3) индивидуальное и групповое консультирование;
- 4) поведенческий совет (цель — вызвать негативное отношение к табаку и изменить режим физических нагрузок);
- 5) оценка биомедицинского риска (измерение СО, спирометрия и т.п.);
- 6) другие дополнительные вмешательства (акупунктура, гипнотерапия и т.п.).

Прекращение курения почти всегда улучшает состояние здоровья, уменьшаются кашель и одышка [28], улучшаются показатели вентиляционной функции лёгких. Бывшие курильщики живут дольше, чем те, кто продолжает курить. Это было подтверждено в 30-летнем [21] и 14,5-летнем [20] когортных исследованиях (уровень А доказательств). Риск возникнове-

ния болезни после отказа от курения уменьшается с течением времени. У женщин, бросивших курить, уменьшается риск рождения детей с пониженной массой тела [28].

### **Профессиональные вредности**

Профессиональные вредности, такие как пыль, химические вещества и газы, могут играть важную роль в развитии БА, ХОБЛ, рака лёгких, интерстициальных заболеваний лёгких и других болезней органов дыхания [29]. В целом, вредные профессиональные факторы ответственны за 10-20% респираторных симптомов или нарушения функции лёгких, характерных для ХОБЛ [30]. Популяционное исследование NHANES III (США), включавшее около 10000 взрослых лиц в возрасте 35-75 лет, с исследованием функции лёгких, показало, что доля ХОБЛ, обусловленная профессиональной деятельностью, составляла 19,2% среди всех обследованных и 31,1% среди никогда не куривших людей [31].

Для фермеров характерно поражение дыхательных путей под действием органической пыли и развитие БА, ХОБЛ, интерстициальных заболеваний легких [28]. Рабочие, имеющие контакт с химическими веществами, имеют повышенный риск БА. У пожарных и спасателей может развиваться поражения дыхательных путей и БА при воздействии токсичных газов и паров, а также испарений металлов. Шахтеры и рабочие-строители, которые имеют контакт с минеральной пылью, чаще страдают ХОБЛ и интерстициальными заболеваниями легких. Для работников здравоохранения характерны более частые респираторные инфекции, вирусная пневмония и туберкулёз лёгких. С экспозицией асбеста связано 15% случаев рака лёгкого у мужчин и 5% — у женщин. Воздействия синтетических веществ (краски в аэрозолях и микроволокна) вызывали вспышки интерстициальных заболеваний легких. Заболевания, вызываемые вредными профессиональными факторами, делят на хронические (альвеолит, ХОБЛ, силикоз, асбестоз, мезотелиома) и нехронические аллергической природы (профессиональная БА и экзогенно-аллергический альвеолит). Аллергенами может быть широкий ряд веществ: мучная и зерновая пыль, латекс, древесная пыль, животные, химические вещества, относящиеся к изоцианатам и альдегидам, канифоль и паяльные флюсы, антибиотики и дезинфицирующие вещества [8].

Выявление профессиональных вредностей у пациента с респираторными симптомами и нарушениями функции дыхания требует от врача-терапевта обследования и ведения вы-

явленного больного совместно с аллергологом, пульмонологом и профпатологом.

### **Острые респираторные вирусные и бактериальные инфекции органов дыхания**

Острые респираторные вирусные и бактериальные инфекции органов дыхания у пациентов с хроническими БОД могут привести к развитию пневмонии, респираторного дистресс-синдрома и другим тяжелым осложнениям [32,33]. Наиболее опасны среди них грипп и инвазивная пневмококковая инфекция, которые могут закончиться смертью больного. Смертельный исход при пневмонии у взрослого населения в Европе отмечается с частотой 1:30 при лечении амбулаторно, 1:15 среди пациентов, госпитализированных в стационар, и 1:3 госпитализированных в отделение интенсивной терапии [28]. Поэтому вакцинация против гриппа и пневмококковой инфекции является эффективным средством профилактики БОД и обострений хронических БОД, снижает риск летальных исходов [26, 34] (уровень А доказательств). Противогриппозные вакцины способны уменьшить частоту тяжелых обострений и смертность при ХОБЛ примерно на 50,0%, а также риск осложнений у пациентов с заболеваниями системы кровообращения, эндокринными, неврологическими, заболеваниями печени и др. [11]. Иммунопрофилактика гриппа должна проводиться ежегодно, так как вакцина обеспечивает защитный титр антител против вируса гриппа только в течение 12 месяцев. Вакцинация против пневмококковой инфекции может проводиться в течение всего года, а также одновременно с вакцинацией против гриппа [35]. Доказан однонаправленный положительный защитный эффект при применении двух вакцин в отношении профилактики гриппа и пневмококковой инфекции и отсутствие суммации побочных эффектов. Вакцинация против гриппа снижает частоту заболевания **здоровых** детей на 84,5% и взрослых людей на 89%, а летальный исход от любой причины у пожилых людей – на 67% по сравнению с не привитыми людьми [36,37] (уровень В доказательств). Вакцинация против пневмококковой инфекции уменьшает частоту госпитализаций по поводу пневмонии на 76% у **больных** ХОБЛ в возрасте до 65 лет и на 48% у пациентов с тяжелой ХОБЛ [34] (уровень А доказательств). Вакцинация пожилых людей с ХОБЛ против гриппа и пневмококковой инфекции уменьшает риск заболеваемости и госпитализации в связи с пневмонией на 63,8% [38], а общую смертность – на 81% по сравнению с не привитыми людьми [36]. Индекс эффективности при иммунизации вакциной против пневмококковой инфекции у пациентов с

хроническими БОД составляет 2,9; а вместе с вакциной против гриппа — 9,3; число дней нетрудоспособности уменьшается в 5,4 раза [39].

Вакцинация пациентов проводится в период ремиссии заболеваний или не раньше, чем через один месяц после обострения хронических БОД в соответствии с инструкцией по применению вакцин.

У пациентов с хроническими БОД с частыми обострениями могут применяться и другие препараты, повышающие уровень местной защиты дыхательных путей (препараты, содержащие лизаты бактерий, рибосомы бактериальных клеток, поликомпонентные вакцины из антигенов условно-патогенных микроорганизмов). В плацебо контролируемых исследованиях была доказана терапевтическая эффективность лизатов бактерий у 40,0-74,5% больных ХБ и ХОБЛ, при этом частота обострений болезни снижалась на 28%, а частота госпитализаций — на 30% [40,41] (уровень С доказательств).

### **Список использованных источников информации**

1. World Health Organization. Prevention and control of chronic respiratory diseases at country level: towards a Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases. Geneva: World Health Organization meeting report, 2005.
2. Bousquet J., Dahl R., Khaltaev N. Global alliance against chronic respiratory diseases. *Allergy*, 2007; 62: 216-23.
3. Evans R. I., Gergen P.J., Mitchell H. et al. A randomized clinical trial to reduce asthma morbidity among inner-city children: results of the National Cooperative Inner-City Asthma Study. *J Pediatr* 1999; 135:332-338.
4. Fairall L.R., Zwarenstein M., Bateman E.D. et al. Effect of educational outreach to nurses on tuberculosis case detection and primary care of respiratory illness: pragmatic cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 331:750-754.
5. Cloutier M.M., Hall C.B., Wakefield D.B., Bailit H. Use of asthma guidelines by primary care providers to reduce hospitalizations and emergency department visits in poor, minority, urban children. *J Pediatr* 2005; 146: 591-597.
6. Chuchalin A.G., Khaltaev N., Antonov N.S., Galkin D.V., Leonid G. Manakov L.G., Antonini P., Murphy M., Demko I.V. Chronic obstructive respiratory diseases and risk factors in primary care in the Russian Federation. 2012. (In press).
7. U.S. Dept Health and Human Services. Reducing Tobacco Use. A report of the Surgeon General. Atlanta, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Diseases Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health. 2000.
8. Heederik D. Epidemiology of occupational respiratory diseases and risk factors. In: European Respiratory Monograph. Respiratory epidemiology in Europe. Editors: Annesi-Maesano I., Gulsvik A.,



- Viegi G.; 2000. – V.5, monograph 15 – P.429-447.
9. Методические рекомендации № 01/816-8-34 «Иммунизация полисахаридной поливалентной вакциной для профилактики пневмококковой инфекции». Федеральная служба Роспотребнадзора, 2008.
  10. Akin L., Kaya M., Altinel S., Durand L. Cost of pneumococcal infections and cost-effectiveness analysis of pneumococcal vaccination in at risk adults and elderly in Turkey. *Human vaccines* 7: 4, 441-450, April 2011. 2011, Landes Bioscience.
  11. CDC. Prevention and control of influenza. Recommendations of the ACIP. *MMWR* 2007; 56 (№ RR-06): 1-54.
  12. Barnes P.J. Managing Chronic Obstructive Pulmonary Disease. – Science Press, 1999 – P.3.
  13. Qaseem A., Wilt T.J., Weinberger S.E. et al. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med.* 2 August 2011;155(3):179-191.
  14. American Thoracic Society Documents. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society Statement: Asthma Control and Exacerbations. Standardizing Endpoints for clinical Asthma Trials and Clinical Practice. *American Journal of respiratory and critical care medicine.* 2009, vol.180 – p.59-99.
  15. Celli B.R., MacNee W. and committee members. ATS/ ERS TASK FORCE. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Resp J* 2004; 23: 932–946.
  16. Global Initiative for Asthma. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2007 г. Перевод с английского. Под ред. Чучалина А.Г. Москва, Издательский дом «Атмосфера». 2008.- 108 с.
  17. Kauffmann F., Becklake M.R. Sex and Gender. In: *European Respiratory Monograph. Respiratory epidemiology in Europe.* Editors: Annesi-Maesano I., Gulsvik A., Viegi G.; 2000. – V.5, monograph 15 – P.288-304.
  18. Peto R., Lopez AD, Boreham J, Thun M, Health Jr C. Mortality from smoking in developed countries 1950-2000. 1994 Oxford: Oxford University Press. Update to 1995 of analyses of mortality from smoking in 15 European Union countries, 1998.
  19. Slama K. Active smoking. In: *European Respiratory Monograph. Respiratory epidemiology in Europe.* Editors: Annesi-Maesano I., Gulsvik A., Viegi G.; 2000. – V.5, monograph 15 – P.305-321.
  20. Anthonisen N, Skeans M, Wise R, Manfreda J, Kanner R, Connett J. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: A randomized clinical trial. *Ann Intern Med.* 2005; 142:233–9.
  21. Pelkonen M, Notkola I, Tukiainen H, Tervahuata M, Tuomilehto J, Nissinen A. Smoking cessation, decline in pulmonary function and total mortality: A 30 year follow up study among the Finnish cohorts of the seven countries study. *Thorax.* 2001; 56:703–7.
  22. Jarvis MJ, Tunstall-Pedoe H, Feyerabend C, Vesey C, Saloojee Y. Comparison of tests used to distinguish smokers and non-smokers. *Am J Public Health* 1987; 1435-1438.
  23. Smoking Cessation. Editor Nardini S. *Eur Respir Mon*; 2008: 42:121.
  24. Сахарова Г.М., Антонов Н.С. Оказание помощи по отказу от табака в терапевтической практике. Учебное пособие; 2010 – 58 с.
  25. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Gen* 1995; 25: 95-101.
  26. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни лёгких. Пересмотр 2007. /Перевод с английского под ред. Чучалина А.Г. - М.: Издательский дом «Атмосфера», 2008.- 100 с.
  27. Кривонос О.В., Бойцов С.А., Гамбарян М.Г., Калинина А.М. Оказание медицинской помощи взрослому населению по профилактике и отказу от курения. Методические рекомендации. М., 2012- 39 с.
  28. Здоровье лёгких в Европе. Факты и цифры. Лучшее понимание болезней лёгких и респираторной медицины в Европе. Европейский лёгочный фонд. Европейское респираторное общество. ERSJ Ltd., 2004.
  29. Samet S., Utell M.S. Ambient air pollution. In: Rosenstosk I., Cullen M., eds. *Textbook of occupational and environmental medicine.* Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1994: 53-60.
  30. Wilt TJ, Niewoihner D, Kim C, Kane RL, Linabery A, Tasklind J et al. Use of spirometry for case finding, diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). *Evid Res Technol Assess (Summ)* 2005, 121: 1-7.
  31. Kesten S., Chapman KR. Physician perceptions and management of COPD. *Chest*, 1993; 104(1): 254-8.
  32. Klements P., Lyytikainen O., Ruutu P. et al. Risk of invasive pneumococcal infections among working age adults with asthma. *Thorax*, 2010, 65: 698-702.
  33. J. Almirall, I. Bolívar, M. Serra-Prat, J. Roig, I. Hospital, E. Carandell, M. Agustí, P. Ayuso, A. Estela, A. Torres and the Community-Acquired Pneumonia in Catalan Countries (PACAP) Study Group. New evidence of risk factors for community-acquired pneumonia: a population-based study. *Eur Respir J* 2008; 31:1274-1284.
  34. Moberley SA et al. Vaccines for preventing pneumococcal infection in adult. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008.
  35. Ежлова Е.Б., Мельникова А.А., Баранов А.А. и соавт. Эпидемиология и вакцинопрофилактика инфекции, вызываемой *Streptococcus pneumoniae*. Методические рекомендации. МР 3.3.1.0027-11. 2011. – 27 с.
  36. Nichol KL. The additive benefits of influenza and pneumococcal vaccinations during influenza seasons among elderly persons with chronic lung disease. *Arch Intern Med.* 1999 Nov 8; 159 (20):2437-42.
  37. Vu T., Farish, S., Jenkins, M., & Kelly, H. A meta-analysis of effectiveness of influenza vaccine in persons aged 65 years and over living in the community. *Vaccine*, 2002; 20, 1831–1836.
  38. Maruyama T., Taguchi O., Niederman M.S., Morser J., Kobayashi H., Kobayashi T., D'Alessandro-Gabazza C., Nakayama S., Nishikubo K., Noguchi T., Takei Y, Gabazza E.C. Efficacy of 23-valent pneumococcal vaccine in preventing pneumonia

- and improving survival in nursing home residents: double blind, randomized and placebo controlled trial. *BMJ* 2010; 340: p. 1004-1015.
39. Николенко В., Фельдблюм И., Воробьева Н., Молчанова Л. Специфическая профилактика пневмококковой инфекции при патологии дыхательной системы. *Врач*, 2010. - №4. - С.41-43.
  40. Зайков С.В. Перспективы применения бактериальных лизатов при заболеваниях органов дыхания (обзор литературы). *Украинский пульмонологический журнал*. 2009, №3- С.64-68.
  41. Антонова Л. П. Эффективность вакцинотерапии в лечении больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Автореферат дисс. к.м.н., 2008.
  42. Engstrom G, Hedblad B, Janzon L, Valind S. Respiratory decline in smokers and ex-smokers –an independent death risk factor for cardiovascular disease and death. *J Cardiovasc Risk*. 2000; 7: 267–72. Sin DD, Anthonisen NR, Soriano JB, Agusti AG. Mortality in COPD: role of comorbidities. *Eur Respir J*. 2006; 28: 1245–57.
  43. Tockman MS, Pearson JD, Fleg JL, Metter EJ, Kao SY, Rampal KG, et al. Rapid decline in FEV1. A new risk factor for coronary heart disease mortality. *Am J Respir Crit Care Med*. 1995;151:390–8.
  44. Linda Nici Richard ZuWallack Editors. *Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Co-Morbidities and Systemic Consequences*. Humana press. Springer Science+Business Media, LLC 2012.

## XII. Профилактика сахарного диабета 2 типа

Сахарный диабет (СД) повсеместно признан опаснейшим вызовом мировому сообществу. СД стал первым неинфекционным заболеванием, всемирная угроза которого побудила ООН в 2006г принять резолюцию 61/225, призывающую все страны объединиться в борьбе с диабетом и в том числе «создавать национальные программы по предупреждению, лечению и профилактике сахарного диабета и его осложнений и включать их в состав государственных программ по здравоохранению».

В РФ за последние 10 лет число больных СД практически удвоилось, и как и во всем мире увеличение численности больных происходит за счет СД 2 типа. По данным Государственного регистра больных СД в РФ на 01.01.2013г было зарегистрировано 3,7 млн. пациентов, почти 90% из них составляют больные СД 2. Однако вследствие длительного бессимптомного течения, характеризующего заболевание, истинное число больных в несколько раз выше. По данным контрольно-эпидемиологических исследований, проведенных в крупных регионах РФ, истинная численность больных диабетом в нашей стране в 3-4 раза превышает официальную и составляет 9-10 млн. чел (6-7% всего населения России), при этом примерно две трети из них не знают о своем заболевании.

Эпидемические масштабы распространенности СД требуют колоссальных расходов на лечение заболевания (10-18% бюджетов систем здравоохранения в разных странах), возрастающих в геометрической прогрессии, с учетом инвалидизирующих осложнений и потребности в комплексном лечении, что делает проблему профилактики СД 2 приоритетной задачей здоровья общества.

### **Диагностические критерии сахарного диабета и других категорий гипергликемий:**

**Нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ)** определяется как повышенный уровень глюкозы плазмы через 2 ч после нагрузки 75 г глюкозы в ходе ПГТТ: 7,8-11,0 ммоль/л, при условии, что глюкоза плазмы натощак менее 7,0 ммоль/л.

**Нарушенная гликемия натощак (НГН)** определяется как повышенный уровень глюкозы плазмы  $\geq 6,1$  и  $< 7,0$  ммоль/л, при условии, что глюкоза плазмы через 2ч после нагрузки при пероральном глюкозотолерантном тесте (ПГТТ)  $< 7,8$  ммоль/л (если определялась).

**НТГ и НГН объединяются термином предиабет**

**Предварительный диагноз СД:** глюкоза плазмы натощак  $\geq 7,0$  ммоль/л и/или глюкоза плазмы через 2ч после нагрузки при ПГТТ  $\geq 11,1$  ммоль/л. Для клинических целей диагноз СД всегда должен быть подтвержден повторным тестированием в последующие дни, за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или очевидными симптомами.

**Диагноз СД не должен устанавливаться с помощью глюкометра.**

В 2011г ВОЗ одобрила возможность использования гликированного гемоглобина HbA1c для диагностики СД. В качестве диагностического критерия выбран уровень HbA1c  $\geq 6,5\%$  (исследование должно быть выполнено с использованием метода, сертифицированного в соответствии с National Glycohemoglobin Standardization Programme или International Federation of Clinical Chemists). В случае отсутствия симптомов острой декомпенсации диагноз должен

быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне. Например, дважды определенный HbA1c или однократно определенный HbA1c + однократное определение уровня глюкозы.

### Приоритеты профилактики сахарного диабета

Профилактика СД 2 может осуществляться как на уровне популяции в целом, так и на индивидуальном уровне. Очевидно, что профилактика в масштабах всего населения не может проводиться только силами органов здравоохранения, требуются национальные планы по борьбе с заболеванием, создание условий для достижения и поддержания здорового образа жизни, активное вовлечение в этот процесс различных административных структур, повышение информированности населения в целом, действия по созданию «недиабетогенной» окружающей среды.

Стратегия профилактики СД 2 у лиц с повышенным риском заболевания с позиции

отечественных рекомендаций представлена в таблице 12.1. [1].

В случае существования ограничений в силах и средствах, требуемых для проведения профилактических мероприятий, предлагается следующая расстановка приоритетов [2]:

- Самый высокий приоритет: лица с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ):
  - с наличием или отсутствием нарушенной гликемии натощак (НГН),
  - с наличием или отсутствием метаболического синдрома (MetC)
- Высокий приоритет: лица с НГН и/или MetC
- Средний приоритет: лица с нормальными показателями углеводного обмена, но с избыточной массой тела, ожирением, низким уровнем физической активности
- Относительно низкий: популяция в целом

Следует отметить, что в данном случае термин «средний приоритет» достаточно условный, так как и наличие ожирения (с ним

Таблица 12.1. Основные компоненты стратегии профилактики сахарного диабета 2 типа (Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (6-й выпуск). Под редакцией Дедова И.И., Шестаковой М.В. Москва, 2013г.)

<b>Выявление групп риска</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выявляются следующие факторы риска СД 2: абдоминальное ожирение (окружность талии &gt;94 см у мужчин и &gt;80 см у женщин), семейный анамнез СД, возраст &gt;45 лет, артериальная гипертензия и другие сердечно-сосудистые заболевания, гестационный СД, использование препаратов, способствующих гипергликемии или прибавке массы тела.</li> <li>• Возможно применение простых опросников (пример в таблице 12.2.)</li> </ul>
<b>Оценка степени риска</b>	<p>Оценка степени риска проводится на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Измерения уровня глюкозы (для верификации возможно имеющегося СД или других категорий гипергликемий):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение гликемии натощак;</li> <li>- Пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75г глюкозы при необходимости (особенно при гликемии 6,1-6,9 ммоль/л натощак).</li> </ul> </li> <li>• Оценки других сердечно-сосудистых факторов риска, особенно у лиц с предиабетом</li> </ul>
<b>Уменьшение степени риска</b>	<p>Активное изменение образа жизни:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение массы тела: умеренно гипокалорийное питание с преимущественным ограничением жиров и простых углеводов. Очень низкокалорийные диеты дают кратковременные результаты и не рекомендуются. Голодание противопоказано. У лиц с предиабетом целевым является снижение массы тела на 5-7% от исходной.</li> <li>• Регулярная физическая активность умеренной интенсивности (быстрая ходьба, плавание, велосипед, танцы) длительностью не менее 30 мин в большинство дней недели (не менее 150 мин в неделю).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Медикаментозная терапия возможна, если не удается достичь желаемого снижения массы тела и/или нормализации показателей углеводного обмена одним изменением образа жизни.</li> <li>• При отсутствии противопоказаний у лиц с очень высоким риском может быть рассмотрено применение Метформина<sup>1</sup> 250-850 мг 2 раза в день (в зависимости от переносимости) – особенно у лиц моложе 60 лет с ИМТ &gt;30 кг/м<sup>2</sup> и глюкозой плазмы натощак &gt;6.1 ммоль/л.</li> <li>• В случае хорошей переносимости также может быть рассмотрено применение Акарбозы (*препарат утвержден в РФ для проведения профилактики СД 2)</li> </ul>

<sup>1</sup> В РФ профилактика СД 2 как показание к применению препарата метформин не зарегистрировано. См. раздел по медикаментозной профилактике СД 2.

может быть ассоциировано до 90% случаев СД 2) и присутствие компонентов МетС требует обязательной коррекции, в том числе с точки зрения осуществления кардиоваскулярной профилактики.

Краеугольным камнем профилактики СД 2 является активная модификация образа жизни: снижение избыточной массы тела, оптимизация физической активности, здоровое питание. Это доказано в многочисленных исследованиях, посвященных влиянию активного изменения образа жизни на снижение заболеваемости СД 2 [2].

Наиболее показательными в этом отношении являются результаты двух исследований, выполненных у лиц с НТГ, т.е. у лиц с максимальным риском развития СД 2: исследование Finnish DPS (522 чел, длительность 4 года) и исследование DPP (3234 чел, длительность 2,8 года) [3], [4]. Цели, поставленные в исследованиях, были сходными: увеличение физических нагрузок не менее, чем 30мин в день (не менее 150 мин/неделю), снижение веса на 5% и 7% соответственно (в DPS как цели оговаривалось: снижение общего потребления жиров < 30% суточной калорийности рациона, < 10% насыщенных жиров, не менее 15 г/1000ккал клетчатки). Пациенты из группы активной модификации образа жизни следовали индивидуальным планам, регулярно занимались с диетологом, посещали спортивные залы, регулярно занимались с инструкторами. При этом целевого снижения веса в DPP достигли 50% пациентов и 43% - в DPS. В результате в обоих исследованиях по истечении срока наблюдения риск развития СД 2 типа снизился на 58%. На основании этих результатов, а также данных исследований по медикаментозной профилактике СД (см. ниже) ведущими профессиональными сообществами эндокринологов были сформированы следующие превентивные рекомендации.

#### **Рекомендации по немедикаментозной профилактике СД 2 типа (модифицировано на основании [2, 5, 6])**

1. Профилактика СД 2 должна начинаться с убеждения пациента в необходимости модификации образа жизни.
2. Проведение продолжительных программ активных профилактических вмешательств с целью постепенного снижения веса на 5-7% (0,5-1,0 кг в неделю) и увеличения физической активности не менее 150 мин/неделю (нагрузки умеренной интенсивности, например ходьба в среднем или быстром темпе, плавание, езда на велосипеде, танцы). У лиц с предиабетом наряду с соблюдением диетических ограничений это может значительно снизить риск развития СД 2.

3. Диета с высоким содержанием пищевых волокон ( $\geq 15\text{г}/1000\text{ккал}$ ), умеренным содержанием жиров ( $\leq 35\%$  суточной калорийности рациона), низким содержанием насыщенных жиров ( $< 10\%$ ) и транс-жиров (менее 1-2 %) способствует снижению массы тела и предупреждению развития СД 2.
4. Регулярное проведение поддерживающих консультаций лиц с предиабетом в процессе выполнения профилактических программ является необходимым условием для снижения риска развития СД 2.
5. Проведение скрининг тестов на выявление других факторов риска ССЗ и оказание медицинской помощи по их коррекции.
6. Проведение тестирования на наличие сахарного диабета у лиц с предиабетом не реже 1 раза в год (выбор диагностического теста на усмотрение врача).
7. Информирование пациента о необходимости проведения самостоятельного регулярного мониторинга веса тела или окружности талии.

#### **Роль врача-терапевта и врача-эндокринолога в профилактике сахарного диабета 2 типа**

Меры по выявлению лиц с высоким риском СД, проведению скрининговых мероприятий, диагностике СД и других категорий гипергликемий, а также профилактике заболевания и его осложнений могут осуществлять как терапевт, так и эндокринолог. Однако, с учетом длительного отсутствия симптомов, лица с высоким риском развития СД, предиабетом (а зачастую и недиагностированным СД) намного чаще наблюдаются у терапевта по поводу других нозологий. Соответственно, своевременное выявление лиц с высоким риском СД, выполнение скрининговых методов обследования, установление диагноза с последующими рекомендациями, а также проведение профилактических мероприятий у лиц с факторами риска в практических условиях в большей степени лежит в поле деятельности врача-терапевта.

Важно, что именно своевременное выявление заболевания и назначение соответствующего лечения является важнейшим условием профилактики сосудистых осложнений СД. В случае установления диагноза СД 2 в план обследования пациента должны быть включены исследования, верифицирующие возможно имеющиеся осложнения (на момент установления диагноза может быть у 50% больных).

Нельзя не отметить важную роль коррекции сопутствующих ФР ССЗ, часто ассоци-

ированных с нарушениями углеводного обмена, что может значимо влиять на прогноз больного с СД 2.

**Скрининг СД 2.** В рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров скрининг на гликемию проводится всем лицам с периодичностью 1 раз в 3 года (диспансеризация) или 1 раз в 2 года (профилактические осмотры), дальнейшая тактика определяется уровнем выявленной гликемии.

В условиях рутинной клинической практики (при обращении пациента по какому-либо поводу) скрининг СД 2 рекомендуется проводить:

- В любом взрослом возрасте у лиц с ИМТ  $>25$  кг/м<sup>2</sup> с одним и более из следующих ФР: возраст  $\geq 45$  лет; ИМТ  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup> (у европеоидов); семейный анамнез СД (родители или сибсы); привычно низкая физическая активность, НГН или НТГ в анамнезе; ГСД или рождение крупного плода в анамнезе, АГ ( $\geq 140/90$  мм.рт.ст. или медикаментозная терапия), ХС-ЛПВП  $\leq 0,9$  ммоль/л и/или уровень ТГ  $\geq 2,82$  ммоль/л, СПКЯ, наличие ССЗ). Далее при нормальном результате – частота обследования 1 раз в 3 года, у лиц с предиабетом – 1 раз в год.
- В возрасте старше 45 лет у лиц с нормальной массой тела в отсутствие факторов риска. При нормальном результате – далее обследование 1 раз в 3 года.

**Диагностические тесты, используемые при скрининге (выбор теста определяет врач):**

- Определение гликемии натощак;
- Пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы.

**Важность ПГТТ как диагностического теста:**

Определение только гликемии натощак не дает возможности диагностировать около 30% случаев ранее недиагностированного СД. ПГТТ является единственным способом выявления лиц с НТГ и часто необходим у лиц с отсутствием симптомов. ПГТТ должен использоваться у лиц с уровнем глюкозы плазмы натощак 6,1-6,9 ммоль/л для подтверждения статуса толерантности к глюкозе.

**Правила проведения ПГТТ:**

Соблюдение правил проведения ПГТТ необходимо для исключения ложноположительных либо ложноотрицательных результатов. Тест проводится утром на фоне не менее чем 3-х дневного неограниченного питания (более 150 г углеводов в сутки). Тесту предшествует голодание 8-14 часов. Последний вечерний прием пищи должен содержать 30-50 г углеводов. После забора крови натощак нужно в течение 5 минут принять 75 г безводной глюкозы (или 82,5 г моногидрата глюкозы), растворенных в 250-300мл воды. Для предупреждения

ошибочных результатов определение концентрации глюкозы должно производиться сразу после взятия крови (или кровь должна быть центрифугирована сразу после забора или храниться при температуре 0-4°C, или быть взята в пробирку с консервантом (флуорид натрия)). В ходе теста нельзя курить. Повторный забор осуществляется через 2 часа.

**Выявление лиц с повышенным риском СД 2 с помощью анкетирования.** Для быстрого выявления лиц с повышенным риском развития СД существуют короткие, специально разработанные анкеты. Эти анкеты пациенты также могут использовать для самостоятельной оценки риска. Одним из наиболее часто цитируемых является вопросник для пациентов FINDRISK, хорошо зарекомендовавший себя при скрининге в североевропейских популяциях и переведенный на русский язык (табл. 12.2.)

### **Частные аспекты углубленного профилактического консультирования пациентов с высоким риском развития сахарного диабета**

#### **Факторы, влияющие на риск развития СД 2:**

Риск развития СД 2 определяется количеством и выраженностью факторов риска. Традиционно факторы риска разделяются на модифицируемые (избыточная масса тела, ожирение, нездоровые привычки питания, повышенное АД, дислипидемия, недостаточная физическая активность) и немодифицируемые (возраст, наследственность и др.).

- **Возраст:** эпидемиологические данные показали, что распространенность СД с возрастом значительно возрастает [7]. Среди лиц среднего возраста распространенность предиабета (НГН, НТГ или их сочетание) в европейской популяции составляет около 15%, тогда как среди пожилых европейцев — 35-40%. Однако в последние годы в связи с эпидемией ожирения возраст дебюта СД повсеместно снижается и случаи диабета все чаще стали развиваться уже в юношеском и даже в детском возрасте.
- **Наследственность:** СД 2 является заболеванием с высокой генетической предрасположенностью. Наличие СД 2 у одного из родителей повышает риск не менее, чем на 40%. Тем не менее, очевидно, что в большинстве случаев помимо генетических факторов огромную роль играет влияние образа жизни.
- **Этническая принадлежность:** больший риск по сравнению с европеоидами имеют выходцы из стран Юго-Восточной Азии, Афро-Карибского бассейна, Латинской Америки.

Таблица 12.2. **Вопросник для определения уровня риска и вероятности развития сахарного диабета 2 типа (адаптирован из анкеты Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK))**

<b>Инструкция:</b>			
1. Ответьте на все 8 вопросов			
2. Для каждого вопроса выберите 1 правильный ответ и отметьте его			
3. Сложите все баллы, соответствующие Вашим ответам на вопросы			
4. Используйте Ваш суммарный балл для определения Вашего риска развития сахарного диабета или предиабета			
5. Передайте заполненный вопросник Вашему врачу/медсестре и попросите их объяснить Вам результаты вопросника.			
<b>ВОПРОСЫ</b>			
<b>1. Возраст</b>		<b>2. Индекс массы тела (ИМТ)</b> (вес ___ кг):(рост ___ м <sup>2</sup> )= ___ кг/м <sup>2</sup> )	
До 45 лет	0 баллов		
45 – 54 года	2 балла	Менее 25 кг/м <sup>2</sup>	0 баллов
55-64 года	3 балла	25-30 кг/м <sup>2</sup>	1 балл
Старше 65 лет	4 балла	Более 30 кг/м <sup>2</sup>	3 балла
<b>3. Окружность талии на уровне пупка.</b> Окружность талии также как и ИМТ указывает на наличие у Вас избыточного веса или ожирения.			
Мужчины		Женщины	
Меньше, чем 94см	0 баллов	Меньше, чем 80см	0 баллов
94-102см	3 балла	80-88 см	3 балла
Больше 102см	4 балла	Больше 88 см	4 балла
<b>4. Как часто Вы едите овощи, фрукты или ягоды?</b>		<b>5. Делаете ли вы физические упражнения</b> (включая ходьбу в среднем темпе) по 30 минут каждый день, не менее 3 часов в течение недели?	
Каждый день	0 баллов	Да	0 баллов
Не каждый день	1 балл	Нет	2 балла
<b>6. Принимали ли Вы когда-либо лекарства для снижения артериального давления в регулярном режиме?</b>		<b>7. Был ли у Вас когда-либо уровень сахара крови выше нормы</b> (на проф.осмотрах, во время болезни или беременности)	
Нет	0 баллов	Нет	0 баллов
Да	2 балла	Да	5 баллов
<b>8. Был ли у Ваших родственников сахарный диабет 1 или 2 типа?</b>			
Нет		0 баллов	
Да: дедушка/бабушка, тетя/дядя, двоюродные братья/сестры		2 балла	
Да: родители, брат/сестра или собственный ребенок		5 баллов	
<b>РЕЗУЛЬТАТ:</b>		<b>ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО БАЛЛОВ</b> _____	
<b>Оценка результатов опроса</b>			
Ваш уровень риска и вероятность развития сахарного диабета в предстоящие 10 лет жизни составляет:			
<b>Общее количество баллов</b>	<b>Уровень риска СД 2</b>	<b>Вероятность развития СД 2</b>	
Менее 7 баллов	Низкий риск	1 из 100	или 1%
7 - 11 баллов	Слегка повышен	1 из 25	или 4%
12 – 14 баллов	Умеренный	1 из 6	или 17%
15 – 20 баллов	Высокий	1 из 3	или 33%
Более 20 баллов	Очень высокий	1 из 2	или 50%
<b>Заключение</b>			
Если Вы набрали менее 12 баллов, у Вас хорошее здоровье и Вы должны продолжать здоровый образ жизни.			

Если Вы набрали 12-14 баллов, у вас возможен предиабет. Вы должны поинтересоваться у вашего врача об изменении образа жизни.

Если Вы набрали 15 – 20 баллов. У вас возможен предиабет или сахарный диабет 2 типа. Вам желательно проверить свой уровень сахара крови. Вы должны изменить свой образ жизни, а возможно Вам понадобятся и лекарства для контроля уровня сахара в крови.

Если вы набрали более 20 баллов, по всей вероятности у Вас есть сахарный диабет 2 типа. Вы должны проверить и контролировать свой уровень сахара крови. Вы должны изменить свой образ жизни и Вам понадобятся и лекарства для контроля уровня сахара в крови.

**Варианты мотивационных рекомендаций пациенту по снижению риска возникновения предиабета или сахарного диабета 2 типа**

Вы не можете изменить свой возраст или вашу наследственную предрасположенность к предиабету и сахарному диабету – но Вы можете изменить Ваш образ жизни и снизить тем самым риск развития предиабета или сахарного диабета 2 типа.

Вы можете уменьшить вес тела, быть более активным физически и потреблять более здоровую пищу. Эти изменения образа жизни становятся особенно необходимыми по мере увеличения Вашего возраста или при наличии наследственной отягощенности по сахарному диабету.

Здоровый образ жизни необходим и в том случае, если у Вас уже диагностировали предиабет или сахарный диабет 2 типа. Лекарственная терапия также может понадобиться для снижения сахара крови, массы тела и риска развития осложнений заболевания.

- *Гестационный сахарный диабет (ГСД) (гипергликемия, выявленная в период беременности, но не соответствующая критериям «манифестного» СД):* распространенность ГСД по разным данным варьирует от 1 до 14%. ГСД повышает риск развития СД 2 более чем в 7 раз.
- *Синдром поликистозных яичников (СПКЯ):* СПКЯ встречается у 10% женщин репродуктивного возраста и значительно увеличивает риск нарушений углеводного обмена: у 30% женщин с ГСД имеется НТГ и около 10% — СД 2. Кроме того наличие СПКЯ в 3 раза увеличивает риск развития ГСД.
- *Нарушения в период внутриутробного развития:* лица как с высоким весом при рождении (>4000г), так и с низким (<2500г) во взрослой жизни имеют повышенный риск развития СД 2 (в 1,36-1,47 раза). Дети, рожденные преждевременно, независимо от веса во взрослой жизни также могут иметь повышенный риск развития СД 2.
- *Избыточный вес и ожирение:* ожирение увеличивает риск развития СД 2 в любом возрасте, с ним связано более чем 80% случаев заболевания. По данным Nurses' Health Study относительный риск развития диабета в 6.1 раза выше у лиц с ИМТ >35кг/м<sup>2</sup> по сравнению с лицами с ИМТ <22 кг/м<sup>2</sup> [8]. Выраженность инсулинорезистентности и заболеваемость СД 2 выше при абдоминальном (верхнем) типе ожирения.
- *Низкий уровень физической активности:* снижение физической активности у подавляющего большинства населения тесно связано с увеличением массы тела. Превентивное действие увеличения физической активности на заболеваемость СД 2 показано во многих рандомизированных исследованиях. Регулярная ходьба (не меньше чем 30 мин в день) может снизить риск СД на 35-40%.
- *Факторы питания:* низкое потребление пищевых волокон, значительное превышение требуемой суточной потребности в калориях, высокая гликемическая нагрузка могут предрасполагать к развитию диабета.
- *Нарушенная гликемия натощак (НГН) и нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ).* Оба этих ранних нарушения углеводного обмена объединены понятием «предиабет». НГН и НТГ не являются самостоятельными заболеваниями, а только ФР развития СД и ССЗ. НТГ и НГН имеют сопоставимый риск дальнейшего развития СД 2 (увеличение в 5-6 раз), но НТГ является более распространенным нарушением. Распространенность обоих нарушений увеличивается с возрастом, НТГ более часто встречается у женщин, чем у мужчин. При длительных сроках наблюдения у большинства лиц с НГН и НТГ (до 70%) развивается СД 2. Сочетание НГН/НТГ отражает максимальный риск развития заболевания (приблизительно в 2 раза выше, по сравнению с присутствием только какого-то одного из этих состояний).
- *Метаболический синдром:* является кластером метаболических факторов риска увеличивает риск ССЗ в 2 раза и СД 2 до 5 раз. Артериальная гипертензия и дислипидемия как компоненты МС часто связаны с гипергликемией (дислипидемия ХС-ЛПВП ≤ 0,9 ммоль/л и/или уровень ТГ ≥ 2,82, повышенное АД ≥140/90 мм.рт.ст. или медикаментозная гипотензивная терапия).
- *ССЗ атеросклеротического генеза.*
- *Клинические состояния, ассоциированные с выраженной инсулинорезистентностью* (например выраженное ожирение, черный акантоз (гиперпигментация

кожи, обычно расположенная в складках тела на шее, в подмышечной впадине, в паху и в других областях)).

- *Нарушения сна* — длительность сна как менее 6 ч, так и более 9 ч может быть ассоциирована с повышенным риском развития СД;
- *Использование препаратов*, способствующих гипергликемии или прибавке массы тела (глюкокортикоиды, бета-блокаторы, тиазидные диуретики, ниацин, иммуносупрессивные препараты, антиретровирусные препараты при лечении ВИЧ-инфекции и др.).
- *Депрессия*: в некоторых исследованиях показано повышение риска развития СД 2 у лиц, страдающих депрессией
- *Низкий социально-экономический статус (СЭС)*: показана ассоциация между СЭС и выраженностью ожирения, курением, ССЗ и СД.

Пациент в ходе профилактического консультирования должен быть надлежащим образом информирован о заболевании, факторах риска, возможностях его предупреждения; должен быть мотивирован и обучен самоконтролю.

Пациента следует информировать о том, что СД 2 является хроническим неизлечимым заболеванием, при котором повышен уровень сахара в крови. Причиной этого является снижение чувствительности организма к инсулину (инсулинорезистентность) вследствие избыточного веса, малоподвижного образа жизни, неправильного питания, наследственной предрасположенности. Для преодоления инсулинорезистентности поджелудочной железе приходится производить все больше инсулина, что может привести к ее истощению, после чего возникает повышение уровня сахара в крови. Так как при этом длительно нет никаких характерных признаков, то очень много людей не подозревает о своем заболевании.

Тяжесть СД в значительной степени обусловлена возможностью развития осложнений заболевания. В случае поздней диагностики, неадекватного контроля и лечения это может привести к снижению зрения (вплоть до слепоты), ухудшению работы почек (с развитием почечной недостаточности), образованию язв на ногах, значительному риску ампутаций конечности, инфарктов, инсультов. Осложнения СД могут быть выявлены непосредственно при установлении диагноза. Однако при соблюдении рекомендаций, наблюдении, правильном приеме лекарств и самоконтроле осложнения СД могут не развиваться, а сахар крови может быть в нормальных пределах.

Развитие СД можно предупредить, это всегда лучше, чем потом лечить болезнь. Даже если у человека имеется предиабет, то он еще не болен, развития болезни можно избежать, изменив образ жизни: необходимо снизить вес, увеличить физическую активность, нормализовать питание (сократив потребление жиров). В исследовании DPS было показано, что чем больше поставленных профилактических целей достигали пациенты с предиабетом (снижение потребления жиров < 30% от суточной калорийности рациона, < 10% насыщенных жиров, клетчатки не менее 15 г/1000ккал, умеренные физические нагрузки не менее 30 мин в день, снижение веса не менее 5% от исходного), тем реже развивался у них сахарный диабет. Более того, у тех, кто смог добиться всех 5 поставленных целей новые случаи диабета не развивались.

### **Диспансерное (динамическое врачебное) наблюдение лиц с СД 2 без осложнений**

В случае выявления у пациента СД 2 необходимо проведение обследования для выявления специфических осложнений СД сразу при установлении диагноза, а в дальнейшем регулярный мониторинг осложнений СД. При появлении признаков хронических осложнений СД, присоединении сопутствующих заболеваний, появлении дополнительных факторов риска вопрос о частоте исследований решается индивидуально.

У лиц с СД 2 без осложнений помимо самоконтроля гликемии необходимо мониторировать следующие показатели: гликированный гемоглобин HbA1c - 1 раз в 3 мес; микроальбуминурия - 2 раза в год; общий анализ крови - 1 раз в год, общий анализ мочи - 1 раз в год; биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, ТГ, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин, калий, натрий, расчет СКФ) - не менее 1 раза в год; контроль АД-при каждом посещении врача; ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии >2 ФР) и консультация кардиолога — 1 раз в год; осмотр мест инъекций инсулина — не реже 1 раза в 6 мес; осмотр ног — при каждом посещении врача; оценка чувствительности стоп — не реже 1 раза в год (при необходимости чаще); осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком) — 1 раз в год (по показаниям чаще); рентгенография грудной клетки — 1 раз в год, консультация невролога — по показаниям.

### **Практические рекомендации по модификации образа жизни**

В 2010г мультidisциплинарный научный проект IMAGE разработал Европейские рекомендации по профилактике СД 2, ос-



нованные на принципах доказательной медицины, и параллельно опубликовал практические рекомендации (руководства) для специалистов, непосредственно занимающихся профилактической работой (The IMAGE toolkit for the prevention of type 2 in Europe) [9]. Соответственно этим рекомендациям (с дополнениями) для профилактики СД 2 необходимо:

#### 1. Соблюдать диетические рекомендации:

- Потребление энергии с пищей должно быть сбалансировано с физическим уровнем активности для достижения или поддержания здорового веса тела.
- Употреблять большое количество овощей и фруктов, бобовых ( $\geq 500$  г или 5 порций в день).
- Выбирать цельнозерновые продукты, крупы.
- Ограничить употребление сахара, включая сахар в продуктах и напитках.
- Употреблять растительные масла, орехи как первичные источники жиров.
- Ограничить масло, другие насыщенные жиры и частично гидрогенизированные жиры (не более 25-35% суточной калорийности рациона, из которых насыщенных жиров менее 10%, транс-жиров менее 2%);
- Употреблять молочные и мясные продукты с низким содержанием жира.
- Регулярно употреблять рыбу ( $\geq 2$  раз в неделю).
- Умеренно употреблять алкогольные напитки ( $\leq 30$  г в день в пересчете на чистый спирт для мужчин и  $\leq 20$  г - для женщин), доля алкоголя в суточной калорийности рациона  $\leq 5\%$
- Содержание клетчатки (пищевых волокон) в пище должно составлять 25-35 г /день.
- Ограничить употребление соли (NaCl) – менее 6 г/день.

2. Выполнять следующие рекомендации по физической активности (при наличии заболеваний и пациентам в возрасте старше 40 лет перед началом проведения физических нагрузок необходимо получить разрешение (совет) врача):

- Физическая активность умеренной интенсивности (активная ходьба, велосипед, танцы) не менее 5 дней в неделю, длительностью не менее 30 минут.

Возможно, что у отдельных лиц будет более предпочтительна комбинация аэробной нагрузки и силовых упражнений:

*Аэробная нагрузка:*

- Частота занятий: не менее 3х раз в неделю с перерывами между занятиями не более двух дней.
- Интенсивность: может быть легкой и

умеренной (например, быстрая ходьба), либо более тяжелой (бег трусцой).

- Длительность нагрузок: в случае легкой и умеренной — 45-60 мин (более 150 мин/нед) и в случае более интенсивной 30-40 мин (более 90 мин/нед).
- Тип нагрузки: ходьба, бег трусцой, езда на велосипеде, плавание, лыжи.

*Силовые упражнения:*

- Частота 2-3 раза в неделю
- Интенсивность: от легкой до умеренной (легкая мышечная усталость)
- Длительность: 1-3 подхода по 8-15 повторений для каждого упражнения
- Тип нагрузки: около 8 различных силовых упражнений (с использованием больших групп мышц), например с использованием тренажеров или веса собственного тела.

Кроме того, необходимо обратить особое внимание на наличие курения (мотивировать на отказ), признаки хронического стресса и депрессии (рассмотреть возможность оказания психологической помощи), нарушения сна (длительность сна как менее 6 ч, так и более 9 ч ассоциирована с повышенным риском развития СД; также существует тесная ассоциация между ожирением и синдромом обструктивного ночного апноэ).

Важно подчеркнуть, что несмотря на участие в профилактическом консультировании и выполнение программ профилактики, лица с высоким риском СД 2 должны не реже 1 раза в год проходить тест для оценки состояния углеводного обмена (выбор теста: глюкоза плазмы натощак или ПГТТ остается на усмотрение врача).

### **Медикаментозная профилактика развития СД 2**

Результаты исследований по медикаментозной профилактике СД 2. К настоящему времени накоплен достаточно большой объем данных по медикаментозной профилактике СД 2, так как несмотря на впечатляющие возможности немедикаментозных воздействий этот вид терапии отмечается достаточно низкой приверженностью к лечению. Большинство исследований проводилось среди лиц с очень высоким риском развития заболевания (НТГ и избыточная масса тела/ожирение).

Воздействие на инсулинорезистентность (применение бигуанидов)

Бигуанид метформин снижает инсулинорезистентность, преимущественно воздействуя на инсулинорезистентность печени. Эффективность метформина как средства профилактики СД 2 у лиц с НТГ была изучена в нескольких исследованиях [4, 10]. Наиболее значимым является иссле-

дование DPP (3234 участников), где проводилось сравнение модификации образа жизни, метформина и плацебо. В результате риск развития СД 2 за 2,8 г снизился на 58% у лиц, изменивших образ жизни, и на 31% у принимавших метформин. При этом применение метформина оказалось малоэффективным у пациентов в возрасте старше 60 лет и ИМТ < 30 кг/м<sup>2</sup>, и напротив, одинаково эффективным (как изменение образа жизни) у более молодых пациентов с ИМТ > 30 кг/м<sup>2</sup>. Впоследствии наблюдение за участниками DPP исследования было продолжено до 10 лет с сохранением предшествующей терапии и получило наименование — исследование DPPOS. По окончании исследования на фоне применения метформина сохранилось уменьшение массы тела (в среднем на -2%, по сравнению с -0,2% в группе плацебо). Также была сохранена тенденция к предупреждению новых случаев СД: на 34% в группе модификации образа жизни и на 18% при применении метформина [11].

#### Воздействие на снижение всасывания глюкозы и липидов

Несколько исследований изучали возможность профилактики СД 2 типа у лиц с НТГ при применении препаратов из группы ингибиторов  $\alpha$ -глюкозидазы (снижается всасываемость углеводов в тонком кишечнике и тем самым уменьшаются пики постпрандиальной гипергликемии). В исследовании STOP-NIDDM применение акарбозы за 3,3 года снизило риск развития СД 2 на 25%. Применение другого препарата этой группы — воглибозы снизило относительный риск развития СД у лиц с НТГ на 40% по сравнению с плацебо [12].

В исследовании XENDOS пациенты с ожирением без СД (у части имела НТГ), наряду с рекомендациями по изменению образа жизни получали орлистат или плацебо [13]. Через 4 года наблюдения снижение относительного риска развития СД 2 составило 37%. Но из-за побочных эффектов со стороны ЖКТ в группе орлистата полностью завершили исследование только 52% пациентов.

Результаты других РКИ по медикаментозной профилактике СД 2. В качестве возможных средств для медикаментозной профилактики СД 2 исследовались и другие препараты (в том числе глитазоны, антигипертензивные препараты, серетагоги). Однако данные средства не рассматриваются для возможной профилактики СД 2, так как либо не показали достаточной эффективности, либо не могут быть использованы по соображениям безопасности [2, 14, 15]. Также в исследовании ORIGIN было показано снижение риска

развития СД при применении инсулина гларгин у лиц с НТГ.

На основании доказательной базы вышеперечисленных РКИ ведущими международными профессиональными ассоциациями были предложены рекомендации относительно отдельных лекарственных препаратов по медикаментозной профилактике СД.

#### **Рекомендации по медикаментозной профилактике СД 2**

Вопрос о возможности медикаментозной профилактики СД 2 остается достаточно сложным. Важно подчеркнуть, что на настоящий момент все препараты, которые по соображениям безопасности допустимы для использования с этой целью, могут лишь отдалить время наступления заболевания, но не обладают истинно превентивным эффектом. Кроме того, у пациентов может создаваться впечатление, что фармакологическое лечение является заменой усилий по модификации образа жизни, тогда как именно изменения питания, физические нагрузки и снижение веса являются необходимыми для снижения риска СД 2. Следующим очень важным аспектом является отсутствие показаний «профилактика СД 2» для этих препаратов в инструкциях.

С другой стороны, возможность медикаментозной профилактики подтверждена многими РКИ и с формулировкой «может быть рассмотрено применение» рекомендуется в качестве второй линии многими международными профессиональными сообществами в случае неэффективности модификации образа жизни [2, 5, 6].

#### Обобщение современных рекомендаций по медикаментозной профилактике СД 2:

1. В случаях, когда изменение образа жизни не позволяет достичь снижения веса и/или улучшить показатели толерантности к глюкозе, у лиц с НТГ (и с меньшим уровнем доказанности с НГН) возможно рассмотреть применение метформина<sup>1</sup> в дозе 250–850 мг 2 раза в день (в зависимости от переносимости), особенно у лиц моложе 60 лет с ИМТ >30 кг/м<sup>2</sup> и уровнем глюкозы плазмы натощак >6,1 ммоль/л при отсутствии любых противопоказаний.
2. Акарбоза<sup>2</sup> также как и метформин может быть рассмотрена в качестве средства второй линии для профилактики СД 2 у лиц с НТГ (при условии хорошей переносимости и учета возможных противопоказаний).

<sup>1</sup> В РФ «профилактика сахарного диабета» как показание к применению препарата метформина не зарегистрировано.

<sup>2</sup> Препарат акарбоза зарегистрирован в РФ для профилактики СД 2 у лиц с НТГ в комбинации с диетой и физическими упражнениями.

- У лиц с ожирением с/или без НТГ тщательно мониторируемое лечение орлистатом в дополнение к интенсивной модификации образа жизни может быть полезно в качестве стратегии второго ряда.

### Список использованных источников

- Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом (6-й выпуск). Под редакцией Дедова И.И., Шестаковой М.В. Москва, 2013г.
- Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J. European Evidence-Based Guideline for the Prevention of Type 2 Diabetes. *Horm and Metab Research* 2010; 42 (Suppl. 1): 3-34.
- Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V, Uusitupa M. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med* 2001; 344: 1343–1350
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346: 393–403
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes — 2013. *Diabetes Care* 2013;36(Suppl. 1):S11–S66.
- Alberti K, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. *Diabetic Medicine* 2007; 24: 451–463.
- DECODE Study Group on behalf of the European Diabetes Epidemiology Group. Glucose tolerance and cardiovascular mortality: comparison of fasting and 2-hour diagnostic criteria. *Arch Intern Med* 2001; 161: 397–405
- Colditz GA, Willett WC, Rotnitzky A, Manson JE. Weight gain as a risk factor for clinical diabetes mellitus in women. *Ann Intern Med* 1995; 122:481–486.
- Lindström J, Neumann A, Sheppard KE, Gilis-Januszewska A, Greaves C J, Handke U, Pajunen P, Puhl S, Pölonen A, Rissanen A, Roden M, Stemper T, Telle-Hjellset V, Tuomilehto J, Velickiene D, Schwarz P E on behalf of the IMAGE Study Group. Take Action to Prevent Diabetes – The IMAGE Toolkit for the Prevention of Type 2 Diabetes in Europe. *Horm Metab Res* 2010; 42 (Suppl. 1): S37–S55.
- Ramachandran A, Snehalatha C, Mary S, Mukesh B, Bhaskar AD, Vijay V. The Indian Diabetes Prevention Programme shows that lifestyle modification and metformin prevent type 2 diabetes in Asian Indian subjects with impaired glucose tolerance (IDPP-1). *Diabetologia* 2006; 49: 289–297
- Diabetes Prevention Program Research Group. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009; 374:1677–1686
- Chiasson JL, Josse RG, Gomis R, Hanefeld M, Karasik A, Laakso M. Acarbose for prevention of type 2 diabetes mellitus: the STOP-NIDDM randomised trial. *Lancet* 2002; 359: 2072–2077
- Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, Sjostrom L. XENical in the prevention of diabetes in obese subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. *Diabetes Care* 2004; 27: 155–161
- Buchanan TA, Xiang AH, Peters RK, Kjos SL, Marroquin A, Goico J, Ochoa C, Tan S, Berkowitz K, Hodis HN, Azen SP. Preservation of pancreatic beta-cell function and prevention of type 2 diabetes by pharmacological treatment of insulin resistance in high-risk hispanic women. *Diabetes* 2002; 51: 2796–2803
- Gerstein HC, Yusuf S, Bosch J, Pogue J, Sheridan P, Dinccag N, Hanefeld M, Hoogwerf B, Laakso M, Mohan V, Shaw J, Zinman B, Holman RR. Effect of rosiglitazone on the frequency of diabetes in patients with impaired glucose tolerance or impaired fasting glucose: a randomized controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1096–1105.

### **XIII. Профилактическое консультирование пациентов с факторам риска хронических неинфекционных заболеваний**

*Профилактическое консультирование* — это процесс информирования и обучения пациента для повышения его приверженности<sup>1</sup> к выполнению врачебных назначений и формированию поведенческих навыков, способствующих снижению риска заболевания (при отсутствии заболеваний) и осложнений заболеваний (при их наличии) [1]. Эти особенности принципиально отличают процесс профилактического консультирования от методов санитарного просвещения [2,3,4,5,6]. Профилактическое консультирование должно носить *адресный характер*.

#### **Принципы профилактического консультирования**

Врачи-терапевты участковые, врачи общей практики (семейные), знающие особенности образа жизни своих пациентов, их семейные отношения, бытовые проблемы могут быть наиболее успешными в достижении целей профилактического консультирования.

Достижению цели профилактического консультирования способствует принцип единства трех составляющих, являющихся обязательными при углубленном и групповом консультировании:

- *информирование пациента* о заболевании и об имеющихся у него факторах риска ХНИЗ, методах самоконтроля, оздоровления поведенческих привычек, влияющих на риск заболевания и других врачебных назначений;
- *мотивирование пациента* к принятию с его стороны активных действий по оздоровлению образа жизни и соблюдению других врачебных рекомендаций;
- *обучение пациента* практическим навыкам оздоровления поведенческих привычек и стереотипов.

Основой эффективного профилактического консультирования, позволяющего не только дать пациенту доходчивое, понятное объяснение, но и влияющего на отношение пациента и мотивацию к оздоровлению поведенческих привычек и стереотипов является недирективное консультирование (обсуждение и принятие совместных решений) [1,6].

Для повышения эффективности консуль-

тирования важно учитывать, что пациент воспринимает *не только то, что мы говорим, но и то, как мы говорим*. Специальные исследования показывают, что слушая собеседника, мы вольно или невольно (осознанно или неосознанно) вначале реагируем на то, *кто* говорит, *как* говорит и только затем на то, *что* говорит. В процессе профилактического консультирования следует избегать наиболее частой ошибки — информационной перегруженности, использования специальных медицинских терминов, что, как правило, сопровождается непониманием и негативным отношением пациента. Советы следует давать в четкой форме и обязательно интересоваться как, пациент понял тот или иной совет, особенно при обучении конкретным действиям (обратная связь).

Поэтому важным фактором эффективного профилактического консультирования является использования к ходе консультирования (беседы) приема «обратной связи», которая представляет собой контроль процесса того, что услышано, как понято, как принимается, а также какова реакция пациента (согласия или несогласия) на врачебные рекомендации.

Эффективная передача в ходе консультирования информации, способствующей формированию осознанного восприятия и принятия пациентом врачебных рекомендаций, определяется такими факторами как:

- четкое разъяснение пациенту цели рекомендации/совета;
- умение задавать вопросы и выслушать пациента с повторным объяснением сути совета (при необходимости);
- исключение двусмысленности, нечеткости и употребления сложных медицинских терминов или сложных объяснений;
- проявление внимания к чувствам других людей и понимания их проблем (эмпатии) и открытости (избегать стереотипов, осуждения и скорых суждений);
- конкретные адресные советы.

*Роль пациента в профилактике заболеваний* не может ограничиваться только простым подчинением врачебным предписаниям, он должен стать активным, ответственным участником профилактического процесса.

*Врачу-консультанту следует помнить*, что факторы риска поведенческого характера (вредные привычки — курение, чрезмерное употребление алкоголя, нерациональное

1 Приверженность – полнота и точность выполнения врачебных назначений медикаментозных и немедикаментозных (Доклад экспертов ВОЗ «Приверженность длительной терапии, доказательство действенности», ВОЗ, 2003, www.who.int)

питание, гиподинамия и пр.) обычный человек, чаще всего воспринимает как жизненные удовольствия: хорошо и вкусно поесть (избыточная масса тела/ожирение), возможность непринужденного общения (курение, алкоголь), отдохнуть (многочасовое сидение у телевизора), снятие стресса (алкоголь, обильная еда, курение) и т.д. Именно по этой причине традиционно даваемые советы по отказу от вредных привычек чаще всего не приводят к их выполнению, т.к. направлены на «лишение удовольствия». Формирование партнерства между врачом и пациентом для предупреждения заболеваний требует со стороны врача определенных знаний и навыков.

*Основные формы профилактического консультирования:*

- Краткое профилактическое консультирование
- Углубленное индивидуальное профилактическое консультирование
- Углубленное групповое профилактическое консультирование (школы для пациента, школы здоровья)

### **Краткое профилактическое консультирование**

Краткое профилактическое консультирование проводится в ходе повседневного приема пациентов врачом (фельдшером) любой специальности, а также как обязательный компонент диспансеризации и профилактического медицинского осмотра участковым врачом (см. раздел V рекомендаций). Такое консультирование ограничено по времени (не более 10 мин), поэтому проведение его рекомендуется по структурированной схеме (алгоритму).

В рамках краткого профилактического консультирования все пациенты должны получить общие рекомендации (основы ЗОЖ) и, в зависимости от имеющихся ФР, краткие рекомендации по конкретным имеющимся у данного пациента ФР.

*Алгоритм краткого профилактического консультирования*

*(1) Информировать пациента:*

- о выявленных заболеваниях и группе здоровья, определенной у пациента,
- об имеющихся у него факторах риска,
- о величине суммарного СС риска,
- об уровнях АД,
- о частоте сердечных сокращений,
- об уровне общего ХС, глюкозы крови (других объективных показателей),
- о результатах клинико-инструментальных исследований,
- о рекомендуемых для его возраста (пола) целевых уровнях факторов риска,
- о возможности получить в поликлинике

углубленное профилактическое консультирование или посетить школу пациента, если пациент выражает желание к снижению ФР (график работы ОМП (КМП) или ЦЗ, порядок записи на прием желающих бросить курить, снизить избыточную массу тела и др.),

- о необходимости и периодичности диспансерного наблюдения (при наличии показаний).

*(2) Объяснить пациенту с факторами риска и высоким/очень высоким СС риске:*

- негативное влияние выявленных у пациента ФР на его здоровье и необходимость снижения риска и поддержания ЗОЖ,
- необходимость повышения ответственности за здоровье, регулярного контроля ФР, особенно поведенческих,
- основные принципы самоконтроля АД в домашних условиях (особенно важно при повышении АД),
- основы доврачебной самопомощи при острых жизнеугрожающих состояниях и взаимопомощи при очень высоком и высоким СС риске (в зависимости от конкретной ситуации, диагноза пациента и пр.).

*(3) Контролировать выполнение рекомендаций:*

- регистрировать в амбулаторных картах ФР, величину СС риска, рекомендации, сроки повторных посещений,
- одобрять позитивные изменения и соблюдение рекомендаций,
- повторять советы при последующих визитах (поддерживающее консультирование), при показаниях направлять в ОМП(КМП) для углубленного профилактического консультирования.

### **Углубленное профилактическое консультирование**

Углубленное профилактическое консультирование проводится индивидуально в ОМП(КМП), специально обученным медицинским персоналом (врач, фельдшер) как по направлению участкового врача (врача-специалиста), так и при самостоятельном обращении, а также как обязательный компонент при наличии показаний в рамках диспансеризации и профилактического медицинского осмотра. Углубленное профилактическое консультирование имеет свой алгоритм, более расширенный, чем при кратком консультировании, по времени более продолжительное, чем краткое (до 45 минут). Возможно повторное (поддерживающее) индивидуальное консультирование для контроля и поддержания выполнения врачебных советов.

Алгоритм углубленного профилактического консультирования

Углубленное профилактическое консультирование — это не просто совет и объяснение, это *алгоритм последовательных действий врача*, направленный на реализацию цели консультирования. Алгоритм условно может быть определен как «Десять действий»:

- (1) Спросить пациента о ФР (курение, употребление алкоголя, питание, физическая активность и др.) и информировать пациента о выявленных ФР. Оценить суммарный СС риск. Дать пациенту объяснение риска.
- (2) Объяснить пациенту с ФР необходимость снижения риска и поддержания ЗОЖ, повышения ответственности за здоровье, необходимость снижения и контроля ФР.
- (3) Оценить отношение пациента к ФР, его желание и готовность к изменению (оздоровлению) образа жизни, оценить индивидуальные особенности (наследственность, привычки питания, физической активности, степень никотиновой зависимости у курящих и пр.).
- (4) Обсудить с пациентом план действий и составить совместно с ним согласованный, конкретный и реалистичный план оздоровления, график повторных визитов и контроля ФР.
- (5) Уточнить, насколько пациент понял советы и рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»). Желательно предоставить пациенту письменные рекомендации (памятки, листовки и пр.).
- (6) Повторять рекомендации и акцентировать внимание пациента на важности снижения риска заболеваний при каждом посещении медицинского учреждения (поддерживающее консультирование, уточнение).
- (7) Научить пациента конкретным умениям по самоконтролю, самопомощи доврачебной (при риске развития острых, жизнеугрожающих состояний), оздоровлению поведенческих привычек, дать конкретные советы и рекомендации.
- (8) Регистрировать в амбулаторных картах ФР, рекомендации по снижению риска, сроки повторных контрольных визитов, а также соблюдение рекомендаций (приверженность) и результат.
- (9) Вносить необходимые изменения в тактику ведения пациента при каждом визите, повторять рекомендации и уточнять график повторных визитов. Одобрять позитивные изменения.
- (10) Контролировать выполнение рекомендаций, соблюдение рекомендаций, изменение поведенческих привычек, результат.

**Рекомендации по факторам риска при профилактическом консультировании**

Основой профилактического консультирования является влияние на поведенческие ФР пациента, которые приводят к развитию биологических ФР ССЗ и основных ХНИЗ. Научно доказана целесообразность и эффективность профилактического поведенческого консультирования (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7,8,9]. Особенно эффективным профилактическое консультирование (обучению ЗОЖ, методам снижения психосоциальных ФР) является у пациентов с очень высоким СС риском (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7,8,10,11].

Меры по предотвращению сердечно-сосудистых заболеваний должны быть включены в повседневную жизнь каждого человека, начиная с раннего детства и на протяжении зрелости и старения (класс рекомендаций IIa, уровень доказательности B) [7,22].

**Повышенное артериальное давление/артериальная гипертензия** может быть проявлением самостоятельного заболевания и ФР ССЗ, обусловленных атеросклерозом. Даже при однократно обнаруженном повышении АД необходимо информировать пациента о важности контроля АД и, особенно, самоконтроля в домашних условиях (периодически измерять АД вне зависимости от самочувствия и регистрировать результат). Обсудить с пациентом имеющиеся у него ФР и дать совет по их снижению с учетом наследственности, сопутствующих заболеваний и суммарного СС риска: бросить курить, если пациент курит, снизить избыточную массу тела, ограничить потребление соли, исключить/ограничить потребление алкогольных напитков (класс рекомендаций I, уровень доказательности B) [7].

Каждый пациент с выявленным повышенным АД должен пройти полное диагностическое обследование и при показаниях начинать прием медикаментозных препаратов (см. раздел VIII рекомендаций), класс рекомендаций I, уровень доказательности A [7, 12]. Желательно, чтобы пациенты, находящиеся на медикаментозном лечении, вели дневник контроля АД. Самоконтроль АД в домашних условиях желательно проводить утром после ночного сна и вечером, в одно и то же время суток, регистрировать в дневнике уровень АД, пульса, прием назначенных препаратов и самочувствие (жалобы), что поможет врачу оценить и при необходимости скорректировать последующую тактику. К мерам, которые способствуют снижению АД и сердечно-сосудистого риска при АГ, относят следующие (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7]:

- прекращение курения (курение не только способствует прогрессированию артериальной гипертензии и развитию атеросклероза, но и снижает чувствительность к медикаментозной терапии);
- снижение избыточной массы тела/ожирения (оптимально, чтобы индекс массы тела был не более 25 кг/м<sup>2</sup>; при ожирении рекомендуется постепенное снижение на начальном этапе на 10% от исходной массы тела);
- ограничение потребления соли (до 5 г/сутки — 1 чайная ложка без верха; рекомендовать не подсаливать пищу, не употреблять соленых продуктов);
- ограничение потребления алкоголя (при артериальной гипертензии рекомендуется полное исключение алкогольных напитков. Опасным уровнем считается потребление алкоголя (в пересчете на чистый этанол) более 20-30 г для мужчин и 10-20 г для женщин <sup>2</sup>);
- увеличение потребления фруктов и овощей (не менее 400-500г овощей или фруктов в день, за исключением картофеля);
- ограничение потребления жиров и насыщенных жиров. Рацион должен содержать растительные масла (20-30 г/сут.), обеспечивающие организм полиненасыщенными жирными кислотами (омега-6 и омега-3). Потребление пищевого холестерина не должно превышать 300 мг в сутки (продукты богатые холестерином: яичные желтки, мозги, печень, почки, сердце, сливочное масло, животные жиры, а также сыр, сметана, сосиски, колбасы).
- оптимизация физической активности (рекомендации даются индивидуально в зависимости от клинико-функционального состояния пациента, особенно при артериальной гипертензии 3 степени); при отсутствии противопоказаний - физические аэробные нагрузки по 30 минут ходьбы в умеренном темпе в день; противопоказаны интенсивные изометрические нагрузки, подъем тяжестей.
- контроль и снижение психоэмоционального напряжения/стресса (при необходимости назначить консультацию психолога, дать рекомендации по самоконтролю стрессовых ситуаций).

**Нерациональное питание. Избыточная масса тела (ожирение).** С нерациональным питанием связаны такие биологические факторы риска как избыточная масса тела (ожирение), повышенное АД, гиперхо-

лестеринемия, дислипидемия, гипергликемия, пациенты должны получить совет по здоровому питанию (класс рекомендаций I, уровень доказательности B) [7,15-21].

- сбалансированность пищевого рациона по энергопоступлениям и энерготратам для поддержания оптимального веса тела и по основным пищевым веществам (белки, жиры, углеводы, микроэлементы, витамины);
- ограничение потребления соли (не более 5 г в сутки — 1 чайная ложка без верха), «свободных» сахаров;
- ограничение животных жиров с частичной заменой на растительные жиры;
- потребление 2-3 раза в неделю жирной морской рыбы;
- потребление ежедневно 400-500г фруктов и овощей (не считая картофеля)
- предпочтительное потребление цельнозерновых продуктов (хлеб, крупы).

Пациенты с избыточной массой тела должны быть информированы и обучены *самоконтролю массы тела* в домашних условиях, знать рекомендуемые для конкретного пациента нормы и методы оценки массы тела по индексу Кетле (индекс Кетле = отношению массы тела в кг к росту в м<sup>2</sup>), окружности талии (желательно, чтобы пациент имел домашние весы и был обучен правильно контролировать процесс снижения веса тела) и *информированы*, что желательно снижение индекса Кетле до 25 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии для мужчин менее 94 см, для женщин — менее 80 см.; промежуточная цель при ожирении, особенно при значительной степени ожирения — индекс Кетле ниже 30 кг/м<sup>2</sup> (или на 10% от исходного на начальном этапе), окружность талии для мужчин менее 102 см, для женщин — менее 88 см. При динамическом наблюдении (2 раза в год) снижение массы тела на 10% и более за 6 месяцев считается отличным результатом, 5%-10% - хорошим, от стабилизации массы тела до 5% снижения — удовлетворительным. Благоприятное влияние снижения избыточной массы тела на показатели здоровья (снижение повышенного АД, снижение гиперлипидемии) доказано (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7,13,14].

Пациента необходимо информировать о рекомендуемых нормативах массы тела, в частности по отношению к риску развития ССЗ, таблица 13.1.

Только постепенное, длительное изменение характера питания, формирование более здоровых привычек (класс рекомендаций I, уровень доказательности A), а не временное ограничение употребления определенных продуктов (особенно не рекомен-

<sup>2</sup> Из рекомендаций ЕОК, 2007, Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2008, приложение к № 1-2, 76с.

дуются голодание) может привести к успешному снижению веса [7,15-21].

**6 принципов питания при избыточной массе тела:**

(1) **Контроль энергетического равновесия** рациона питания: уменьшение энергопоступления и/или увеличение энергозатрат. Уменьшать калорийность рациона рекомендуется за счет уменьшения потребления углеводов (особенно рафинированных – сахар, мука и изделия с их содержанием) и жиров при достаточном поступлении белков, как животного, так и растительного происхождения, витаминов, микроэлементов и пищевых волокон (до 30-40 г/сут).

(2) **Сбалансированность (полноценность)** по нутриентному составу (белки, жиры, углеводы, витамины, макро- и микроэлементы):

**Белки** — 15-25% от общей калорийности (75-95г) — нежирные сорта мяса, рыбы и сыра; белое мясо птицы; нежирные молочные продукты; бобовые, грибы. Полноценное белковое питание могут обеспечить 2-е порции (по 100-120г в готовом виде) мяса, рыбы или птицы и 1 порция молочного блюда (100г творога или 150-200мл молочного напитка пониженной жирности без сахара) в день. Суточную потребность в растительных белках может обеспечить 100г зернового хлеба и 100-200г крахмалистого блюда (бобовые, картофель, каша или макаронные изделия).

**Жиры** до 20-30% от общей калорийности (60-80г) — исключение из рациона жирных сортов свинины, баранины, птицы (гуси, утки), мясопродуктов (колбасы, паштеты), жирных молочных продуктов (сливки, сметана и пр.). Предпочтение отдавать обезжиренным и низкожирным сортам молочных продуктов (молоко, кефир, йогурт, творог, сыр). Избыток жиров растительного происхождения не желателен — он влияет на энергоценность пищи (калорийность растительного масла несколько выше, чем сливочного). Растительные жиры входят в состав майонеза, чипсов, семечек, орехов, изделий из шоколада, многих кондитерских изделий и продуктов, приготовленных во фритюре, поэтому потребление этих продуктов следует ограничить или исключить.

**Углеводы** — 45-60% от общей калорийности с ограничением и даже полным исключением простых сахаров (0-5%) — менее обработанные и не рафинированные крупы, овощи, бобовые, хлеб грубого помола и др., цельнозерновые, овощи, фрукты и ягоды, которые содержат в достаточном количестве пищевые волокна. Не рекомендуются (или исключаются) продукты, содержащие легкоусвояемые углеводы: сахар, варенье, кондитерские изделия, сладкие напитки и др. Следует ограничить (или исключить) газированные и сладкие напитки.

**Исключение потребления алкоголя**, особенно при наличии сердечно-сосудистых заболеваний.

(3) **Соблюдение водно-солевого режима.** Рекомендуется ограничение поваренной соли до 5 г/сутки (1 чайная ложка без верха), исключив приправы, экстрактивные вещества.

(4) **Технология приготовления пищи.** Рекомендуется предпочтение отдавать отвариванию, припусканию, тушению в собственном соку, обжариванию в специальной посуде без добавления жиров, сахара, соли, приготовлению на пару, в духовке, в фольге или пергаменте, на гриле, без дополнительного использования жиров. Не злоупотреблять растительными маслами, майонезом при приготовлении салатов.

(5) **Режим питания.** Рекомендуется не менее 3-х основных приемов пищи (завтрак, обед и ужин) и 1-2 перекуса в день. Ужин рекомендуется не позднее, чем за 3-4 часа до сна. Оптимальный интервал между ужином и завтраком — 10 часов.

В программах снижения избыточного веса можно предусмотреть разгрузочные дни (1-2 раза в неделю), обязательным компонентом должна быть достаточная физическая актив-

Таблица 13.1. **Классификация массы тела по индексу Кетле**

Типы массы тела	Индекс Кетле, кг/м <sup>2</sup>	Риск сердечно-сосудистых заболеваний
Дефицит массы тела	> 18,5	Низкий
Нормальная масса тела	18,5 – 24,9	Обычный
Избыточная масса тела	25 – 29,9	Повышенный
Ожирение I степени	30,0 – 34,9	Высокий
Ожирение II степени	35,0 – 39,9	Очень высокий
Ожирение III степени	≥ 40	Чрезвычайно высокий



ность. При чрезмерном избытке массы тела рекомендуется поэтапное включение в программу повышения двигательной активности, но только после некоторого снижения массы тела диетическими мерами и определения противопоказаний.

Любые рекомендации по повышению интенсивности физической активности *требуют обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально с 35-летнего возраста)* даже при отсутствии клинических признаков заболевания.

**Гиперхолестеринемия. Дислипидемия.** Калорийность пищи должна поддерживать оптимальный для конкретного больного вес тела. Количество потребляемого жира (включая растительные жиры) не должно превышать 30% от общей калорийности, на долю насыщенных (животных) жиров должно приходиться не более 10% от этого количества; содержание пищевого холестерина до 300 мг/сут.

При высоком и очень высоком риске необходимо снижать долю общего жира до 20% от общей калорийности (7% насыщенных жиров) и холестерина — до 200 мг/сут. — уменьшать потребление продуктов, богатых насыщенными жирами и холестерином (жирное мясо, птица с кожей, цельные молочные продукты, шоколад, выпечка с содержанием жиров, желтки яиц не более 2 в неделю, жиры – сало, масло сливочное, маргарины, кокосовое масло, пальмовое масло). Например, в нежирной говядине около 5-10% жира, по сравнению с 23% жира в молочной колбасе, 20-30% жира в говяжьих сосисках и 40-50% жира в сырокопченых колбасах.

Доля насыщенных (животных) жиров должна составлять не более половины суточной потребности жиров (25-30 г/сут). Желательным считается регулярное потребление морской рыбы *2-3 раза в неделю по 100-150 г* в виде различных блюд или рыбных консервов. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей большое количество омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, которые необходимы для профилактики атеросклероза и инфаркта миокарда.

Рекомендуется повысить потребление продуктов, богатых пищевыми волокнами (не менее 25-30 г), особенно полезны растворимые *пищевые волокна* (пектины). Например, потребление в день 1 яблока, 1 апельсина, 6 шт. чернослива и 1/2 чашки вареной фасоли обеспечивает 20-30 г пищевых волокон или 400 г овощей, 100 г готовой каши и 15 г орехов.

Поскольку за счет повседневного питания трудно восполнить потребности в витаминах, макро- и микроэлементах, желательно дополнять пищевые рационы препаратами по-

ливитаминно-минеральных комплексов, но не в лечебных, а в физиологических дозах.

Употребление алкоголя следует ограничить, а при заболеваниях – исключить. Следует отказаться от употребления алкоголя и при повышенном содержании в крови триглицеридов, патологии поджелудочной железы и печени.

Рекомендации по питанию при всех формах ДЛП должны быть основой профилактического консультирования и вмешательства при ДЛП в целом, даже в случаях, когда встает вопрос о необходимости медикаментозной коррекции нарушений липидного обмена (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7].

**Низкая физическая активность.** Информировать пациента о том, что физическая активность, минимально необходимая для поддержания здоровья (при отсутствии противопоказаний) — это ходьба в умеренном темпе не менее 30 минут в день, желательно ежедневно или большинство дней в неделю (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7]. При отсутствии противопоказаний целесообразно рекомендовать занятие физической культурой и спортом. Пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, сахарным диабетом, хроническими заболеваниями почек, а также пациентам без этих заболеваний, но с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском рекомендации по физической активности требуют индивидуальной оценки показаний (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7, 23, 24].

Любые рекомендации по повышению интенсивности нагрузки, как в повседневном режиме, и, особенно, в режиме тренировок и оздоровительных занятий, требуют *обязательного обследования лиц в возрасте 40 лет и старше (оптимально — с 35-летнего возраста)*, даже при отсутствии клинических признаков заболевания. Нагрузка считается оптимальной, когда она проходит в *аэробном режиме*. Оптимальный режим аэробной нагрузки контролируется ЧСС, составляющей 60-75% от максимальной и рассчитывается по формуле: «ЧСС = (220 — возраст человека) x (0,6-0,75)». Так, например, человеку в возрасте 50 лет (без клинических проявлений ИБС и без АГ) оптимальный тренирующий режим может быть обеспечен при нагрузке с ЧСС от 102 до 134 ударов в минуту. При наличии ССЗ уровень допустимой нагрузки определяется врачом индивидуально.

**Гипергликемия.** Необходимо информировать пациента и способствовать формированию у него навыков самоконтроля гликемии, рекомендовать обращаться в кабинет

медицинской профилактики, в ряде случаев целесообразно рекомендовать, чтобы пациент имел домашний глюкометр и был обучен правильно измерять и оценивать уровень глюкозы крови.

Больные сахарным диабетом должны быть направлены к эндокринологу, пройти индивидуальное углубленное консультирование или школу здоровья при сахарном диабете и получить назначения.

В рамках углубленного профилактического консультирования при гипергликемии пациентам с неподтвержденным диагнозом сахарного диабета, но имеющего склонность к гипергликемии, в частности выявленной при диспансеризации или профилактическом медицинском осмотре, даются базовые рекомендации по питанию:

- Ограничить простые сахара до 10-25 г и менее (3-4 кусков) в течение дня. Сахар можно заменить сухофруктами. Рекомендуются не сладкие фрукты (много сахара в винограде, арбузе, бананах). Добавлять меньше сахара в компоты и морсы или готовить без сахара.
- Белый хлеб заменить на серый или черный, с отрубями, цельнозерновой (не более 200-300г).
- Для заготовок лучше фрукты и ягоды замораживать, сушить, но не консервировать с сахаром в виде джема, варенья, повидла.
- Резко ограничить кондитерские изделия (пироги, сдоба, пирожные, печенье, сладкие пшеничные крекеры), мороженое, сладости.
- Исключить потребление сладких напитков, особенно газированных: лимонад, пепси, кока-кола.
- Контролировать регулярно вес и уровень сахара в крови.

Прежде всего, рекомендуется ограничение простых углеводов и животных жиров. Желательно учитывать гликемический индекс (ГИ) продуктов (см. таблицу 13.3). Ограничивать нужно продукты с ГИ 55 и более: сахар, мед, картофель, пшеничные, хлопья, манная каша, хлеб белый, рис, макаронные изделия высших сортов, кукуруза, банан, сухофрукты свекла. Рекомендуются продукты с индексом до 55 единиц: цельнозерновой хлеб, хлеб с отрубями, несладкие фрукты, ягоды, листовые овощи, грибы, бобовые, орехи, низкожировые молочные продукты. Мясо предпочтительно нежирных сортов, а рыба — жирных.

#### **Потребление табака (курение).**

Информировать о риске заболеваний вследствие курения. Курение табака – один из наиболее опасных факторов риска сердечно-сосудистых, бронхо-легочных, онкологиче-

ских и других хронических заболеваний. (класс рекомендаций I, уровень доказательности B) [7, 25,26]. Нет безопасных доз и безвредных форм потребления табака, так называемые «легкие» и тонкие сигареты также вредны для здоровья. Пассивное курение также вредно, как и активное (класс рекомендаций I, уровень доказательности B) [7, 27,28]. Некурящим необходимо также дать совет, препятствующий началу курения (класс рекомендаций I, уровень доказательности C) [7, 31]. Отказ от курения будет полезен для здоровья в любом возрасте, вне зависимости от «стажа» курения (класс рекомендаций I, уровень доказательности A) [7, 29,30].

Подходы к лечению табакокурения зависят от степени табачной зависимости и готовности к отказу от курения. Оценка степени никотиновой зависимости проводится по тесту Фагестрема, представленного в таблице 13.3.

В ходе детального опроса (беседы) пациента и ответов на вопросы, у пациента может формироваться осознанное отношение к негативным последствиям табакокурения, поэтому диагностические тесты, кроме своего прямого назначения важны и для осмысления пациентами проблемы и повышения их мотивации к отказу от потребления табака. В ходе углубленного профилактического консультирования *вместе с пациентом* обсуждаются наиболее важные ситуации и проблемы, связанные с табакокурением.

Врач старается разобраться с пациентом причины курения и причины для отказа от курения, привязывая к состоянию его здоровья, наличию факторов риска, или к другим факторам, важным лично для него – наличие маленьких детей, изменения внешности, прошлые попытки бросить курить. При неудачных попыток бросить курить в прошлом, с пациентом обсуждаются причины и ситуации, почему произошел срыв и закуривание вновь – эти препятствия должны быть учтены при построении плана действий.

Врач обсуждает с пациентом известные ему отрицательные последствия курения: затруднение дыхания, кашель, возникновение и/или обострение бронхиальной астмы и других хронических болезней легких, сердечнососудистые болезни (инфаркт, инсульт), онкологические болезни (рак легких, рак груди и других локализаций), риск неблагоприятного исхода беременности и риск для здоровья будущего ребенка у беременных женщин, проблемы с эректильной дисфункцией у мужчин, преждевременное старение кожи. Мотивационными факторами может быть детализированная беседа с пациентом, в ходе которой уточняется самооценка пациентом наиболее важных для

**Таблица 13.2. Гликемический индекс (ГИ)  
некоторых продуктов питания**

Наименование продукта с высоким ГИ	ГИ	Наименование продукта с низким ГИ	ГИ
Глюкоза	100	Фасоль консервированная	52
Воздушный рис	94	Ячменные хлопья	50
Мед	88	Манго, кивки	50
Картофель печеный	85	Хлеб из муки грубого помола с отрубями	50
Кукурузные хлопья	80	Грейпфрутовый сок	49
Карамель	80	Рис отварной	47
Картофель-фри	75	Хлеб с отрубями	47
Хлебцы пшеничные	75	Горошек зеленый	47
Пшеничные хлопья	73	Виноград	46
Арбуз	71	Пиво, квас	45
Овсяные хлопья	70	Абрикосы	44
Хлеб белый	70	Персики	44
Пшеничная мука (в/ сорт)	70	Консервированный горошек	43
Белый рис	70	Дыня	43
Просо	70	Спагетти белые	42
Кукуруза	70	Апельсины, мандарины	42
Картофельное пюре	70	Финики (сушеные)	40
Изюм	67	Овсяные хлопья	40
Сухофрукты	67	Гречневая каша	40
Пепси, кола и др.напитки	67	Земляника, клубника, крыжовник	40
Манная каша	66	Фруктовые соки	40-45
Свекла	65	Хлеб ячменный	38
Хлеб ржаной	63	Хлеб из цельной муки	35
Овсянка	61	Яблоки, груши	35-40
Гамбургер	61	Горох сухой	35
Макароны	60	Йогурт нежирный фруктовый	33
Рисовая вермишель	58	Сливы	33
Бананы	57	Молоко обезжиренное	32
Картофель вареный	56	Фасоль	30
Манго	56	Молоко цельное	28
Попкорн	55	Ягоды	25-30
Рис коричневый	55	Чечевица	27
Овсяное печенье	55	Шоколад черный (60 % какао)	25
Овсяные отруби	55	Вишня, брусника	22
Гречка	55	Орехи разные	15-25
		Кефир	15

него факторов. Врач вместе с пациентом обсуждает также наиболее значимые для него преимущества отказа от потребления табака с учетом состояния здоровья пациента, наследственности, семейных ситуаций и др. и с его личными мотивами разбирает с пациентом пользу отказа от курения именно для него.

Врач уточняет у пациента, что мешает ему отказаться от курения, обсуждает с ним препятствия и пытается аргументировано опровергнуть его доводы, объясняет, что большинство трудностей на пути к отказу от курения связано с табачной зависимостью, кото-

рую можно преодолеть с помощью лечения.

Мотивационное консультирование повторяется при каждой встрече с пациентом. Обоснованная когнитивно-поведенческая стратегия вмешательства (мотивационное интервьюирование) в целях содействия изменению образа жизни рекомендуется всем курящим (класс рекомендаций I, уровень доказательности B) [7,8,9]. Рекомендуются определенные приемы в ведении беседы с пациентом, которые помогают достижению цели консультирования. Такие приемы можно представить как совокупность пяти «О» [32]:

Таблица 13.3. **Оценка степени никотиновой зависимости** (тест Фагестрема)

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как Вы проснулись, Вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5мин В течение 6-30мин 30 мин- 60 мин Более чем 60 мин	3 2 1 0
2. Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0
3. От какой сигареты Вы не можете легко отказаться?	Первая утром Все остальные	1 0
4. Сколько сигарет Вы выкуриваете в день?	10 или меньше 11-12 21-30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли Вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0

Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов: 0-2 – очень слабая; 3-4 – слабая; 5 – средняя; 6-7 – высокая; 8-10 – очень высокая.

Оценка степени готовности к отказу от курения может быть проведена по сумме баллов по ответам на два вопроса

1) Бросили бы вы курить, если бы это было легко?		2) Как сильно вы хотите бросить курить?	
ответ	балл	ответ	балл
Определенно, нет	0	Не хочу вообще	0
Вероятнее всего, нет	1	Слабое желание	1
Возможно, да	2	В средней степени	2
Вероятнее всего, да	3	Сильное желание	3
Определенно, да	4	Однозначно хочу бросить курить	4
ОБЩАЯ сумма баллов: _____ баллов			
Интерпретация		Тактика	
> 6 – высокая мотивация к отказу от курения		Предложить лечебную программу с целью полного отказа от курения;	
4-6 баллов – слабая мотивация		Предложить короткую лечебную программу с целью снижения курения и усиления мотивации;	
<3 баллов - отсутствие мотивации		Предложить программу снижения интенсивности курения.	

**Открытые вопросы** – задавать вопросы, требующие обдуманных ответов и помогающих дальнейшей беседе с пациентом (без предложения возможных вариантов ответов).

**Одобрение** и поощрение высказываний и действий пациентов помогает создать атмосферу взаимопонимания с пациентом, помогает повысить его уверенность в себе и в своих действиях.

**Осмысление услышанного.** В ходе беседы врач старается корректировать мнение и отношение пациента и дает объяснения с учетом конкретных показателей здоровья и сопутствующих факторов риска пациента, что помогает убедить пациента принять решение к отказу от курения.

**Обобщение** помогает врачу собрать воедино и подытожить все доводы, приведенные в ходе беседы с пациентом, и подготовить его к дальнейшим действиям по отказу от курения. Обобщение должно быть кратким.

**Осознание (выявление) потенциала для изменения поведения.** На основе проведенной беседы в диалоге с курящим пациентом выявляется его потенциал к изменениям курительного поведения и твердость мотивации к отказу от курения (или отрицание желания отказа), что определяется признанием пациентом *вредных последствий курения, проявлением оптимистичного настроя* в отношении *готовности* к изменению поведения.

**Советы** пациенту по изменению курительного поведения:

- стараться думать только о «преимуществах» отказа от курения, которые у каждого человека могут быть индивидуальными в зависимости от обстоятельств;
- объявить о своем стремлении бросить курить и начале жизни без табака окружающим, желательно близким и авторитетным людям, чтобы предостеречь от отсрочки принятого решения;
- оценить ситуации, при которых наиболее часто пациент курит, возможно «автоматически» (утром, после кофе, выход на улицу и пр.) и быть наиболее внимательным в этих ситуациях, убрать с видимых мест предметы, напоминающие о курении (прежнее удобное кресло переставить на другое место, убрать пепельницу и пр.);
- избегать прокуренных помещений и ситуаций, провоцирующих к закуриванию;
- заменить перекуры низкокалорийными фруктами, овощами или жевательной резинкой, не содержащей сахара;
- поощрять себя при устойчивости к соблазнам закурить (выбор поощрения за самим пациентом);

- не бояться обратиться за помощью при сильной тяге к курению (кабинет/отделение медицинской профилактики).

Пациент должен быть информирован о возможных *реакциях и симптомах, которые могут возникнуть при отказе от курения*: сильное желание закурить, возбудимость, беспокойство, нарушение концентрации внимания, раздражительность, ухудшение настроения, чувство гнева, депрессия, сонливость, головная боль, головокружение, бессонница, тремор, потливость, увеличение веса, усиления кашля, затруднение отхождения мокроты, чувство заложенности в груди, боли в мышцах и др. С этих ситуаций рекомендовать пациенту обратиться к врачу.

Для облегчения симптомов отмены *рекомендуются*:

- *диетические рекомендации* — увеличение потребления продуктов, богатых витаминами — С (шиповник, черная смородина, зеленый лук, капуста, лимоны и др.), витамина В1 (хлеб грубого помола, крупы), витамина В12 (зеленый горошек, апельсины, дыни), витамина РР (фасоль, крупы, дрожжи, капуста, молочные продукты, картофель), витамина А (овощи, особенно морковь), витамина Е (хлеб грубого помола, растительные масло, зеленые овощи, зародыши пшеницы); щелочное питье (несладкие минеральные воды, соки, овощные отвары);
- *поведенческие рекомендации* — избегать провоцирующих курение ситуаций, пребывания в помещении, где курят;
- *психологическая, социальная* поддержка окружающих, одобрительное отношение к не курению, способствуют закреплению отказа от курения;
- *физическая активность* — упражнения, бег, ходьба на лыжах, плавание на свежем воздухе или в физкультурных залах. Расширение физической активности можно рекомендовать как здоровую альтернативу курению;
- *динамическое наблюдение* курящих лиц, особенно поддержка в период отказа от курения и в первые месяцы.

Эффективность основных профилактических технологий, применяемых в качестве медицинской помощи по отказу от курения, представлена в таблице 13.4. [33].

### **Групповое профилактическое консультирование (школа пациента)**

*Школа пациента (здоровья)* — является организационной формой профилактического группового консультирования (гигиени-

Таблица 13.4. Эффективность вмешательств по отказу от курения [33]

Вмешательство	Оценка эффективности(доля % бросивших курить)
Краткая беседа (консультирование) врача	2-3%
Групповое консультирование	3,1-10%
Никотиновая жвачка	6,6-8%
Бупроприон (300 мг / сут)	10-13,2%
Никотин назальный спрей	12-16,6%

ческого обучения и воспитания)<sup>3</sup> и проводится с целью:

- повышения информированности пациентов о заболевании и факторах риска развития заболеваний и осложнений;
- повышения ответственности пациента за сохранение здоровья;
- формирования рационального и активного отношения пациента к здоровью, мотивации к оздоровлению, приверженности к лечению;
- формирования умений и навыков по самоконтролю и самопомощи в неотложных ситуациях;
- формирования у пациентов навыков и умений по снижению неблагоприятного влияния на здоровье поведенческих, управляемых факторов риска.

При групповом методе консультирования (школе пациента) процесс профилактического консультирования облегчается и повышается его эффективность, пациенты не только получают важные знания, но и необходимую им социальную поддержку.

**Преимущества группового профилактического консультирования.** Обучение в группе усиливает действенность обучения — создается атмосфера коллектива, нивелируется чувство одиночества, улучшается эмоциональный контакт. Необходимо помнить, что групповое обучение более эффективно, если подкрепляется индивидуальным консультированием. В ряде ситуаций желательно, чтобы обучение проводилось на уровне семьи, в частности, когда консультирование затрагивает вопросы питания, физической активности, поведенческих привычек, которые, как известно, нередко носят семейный характер. Школа пациентов, как форма группового консультирования, позволяет в полной мере обеспечить эффективную реализацию основ углубленного профилактического консультирования — при групповом обсуждении создаются условия для более эффективного применения основных принципов и приемов

<sup>3</sup> Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия // Под ред. Вялкова А.И., Оганова Р.Г. — М., GEOTAP-Медиа, 2000. — 21с.

обучения взрослого человека с учетом психологии изменения поведения и поведенческих привычек.

*Основные принципы эффективной организации и проведения школ пациентов:*

- (1) формирование «тематической» целевой группы пациентов с относительно сходными характеристиками: например, больные с неосложненным течением артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца; больные, перенесшие инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, интервенционное вмешательство и др.; пациенты с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний без клинических симптомов болезни и т.п. Такое формирование групп создает атмосферу социальной поддержки, что немаловажно для эффективного консультирования и получения долгосрочного устойчивого результата;
- (2) для избранной целевой группы проводится цикл занятий (по 60 минут каждое) по заранее составленному плану и по согласованному графику; одно из основных требований — посещение всего цикла занятий;
- (3) численность целевой группы пациентов должна быть не более 10-12 человек; необходим контроль, чтобы пациенты посетили все (или большинство) из запланированных занятий;
- (4) организация группового консультирования должна проводиться в специально оборудованном помещении (стол, стулья, демонстрационный материал, раздаточный материал, блокноты и пр.).

Каждое занятие включает *информационный материал* (по тематическим блокам не более 10-15 минут, чтобы избежать лекционной формы работы) и *активные формы обучения*, направленные на развитие умений и практических навыков у пациентов, которые могут проводиться в разных формах и простых действиях: вопросы-ответы; заполнение вопросников, имеющих отношение к теме занятия, и обсуждение их результатов — по ходу обсуждения могут даваться

целевые советы, что имеет более высокую эффективность и результативность, чем безадресные советы; проведение расчетов и оценок, например, расчет индекса массы тела, суточной калорийности и пр.; обучение практическим навыкам — измерения артериального давления, подсчета пульса и др.; знакомство со справочными таблицами и построение рациона и пр. Вся наглядная информация, используемая в школе должна быть: красочной, демонстративной, запоминающейся, понятной, заинтересовывающей, доступной для понимания.

В заключении следует подчеркнуть, что среди многих проблем профилактики неинфекционных заболеваний, находящихся в компетенции и зоне ответственности врачей-терапевтов, межличностные отношения врача и пациента вне зависимости от имеющихся проблем со здоровьем выступают как ключевые, так как могут явиться основным движущим началом реальных и успешных превентивных мер при условии базирования на концептуальных принципах эффективного профилактического консультирования. В то же время, если эти принципы не учитываются, трудно ожидать партнерских согласованных действий врача и пациента в оздоровлении поведенческих привычек, лежащих в основе многих факторов риска неинфекционных заболеваний.

### Список использованной литературы

1. Adherence to long-term therapy, evidence of action (Доклад экспертов ВОЗ «Приверженность длительной терапии, доказательство действенности»), перевод. ВОЗ 2003; Женева: www.who.int
2. Прохоров А. В., Велисер У. Ф., Прочаска Дж. О. Транстеоретическая модель изменения поведения и ее применение. Вопросы психологии 1994;2: 113-122.
3. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // Psychotherapy. Theory, Research and Practice 1982; 19: 276-288.
4. WHO Учебный модуль "Помогите людям измениться" Health Education Authority, England., 1993; 224 с.
5. Щекотов В.В., Зиньковская Т.М., Голубев А.Д., Хасанова Р.Б. Обучение больных гипертонической болезнью, сахарным диабетом и бронхиальной астмой (теория, методика, результаты). Пермь: ГОУ ВПО «ПГМА МЗ РФ» 2003; 229 с.
6. Калинина А.М. Концептуальная основа профилактического консультирования пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития/ Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2012; 4:.4-9.
7. Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701 doi:10.1093/eurheartj/ehs092
8. Dusseldorp E, van Elderen T, Maes S, Meulman J, Kraaij V. A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. Health Psychol 1999; 18:506–519.
9. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. Br J Gen Pract 2005;55:305–312.
10. Clark AM, Hartling L, Vandermeer B, McAlister FA. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. Ann Intern Med 2005;143:659–672.
11. Rees K, Bennett P, West R, Davey SG, Ebrahim S. Psychological interventions for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev 2004;2:CD002902.
12. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. BMJ 2009; 338:b1665.
13. Whitlock G, Lewington S, Sherliker P, Clarke R, Emberson J, Halsey J, Qizilbash N, Collins R, Peto R. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. Lancet 2009;373:1083–1096.
14. Berrington de Gonzalez A, Hartge P, Cerhan JR, Flint AJ, Hannan L et al. Body-mass index and mortality among 1.46 million white adults. N Engl J Med 2010;363:2211–2219.
15. Astrup A, Dyerberg J, Elwood P, Hermansen K, Hu FB, Jakobsen MU, Kok FJ, Krauss RM, Lecerf JM, LeGrand P, Nestel P, Riserus U, Sanders T, Sinclair A, Stender S, Tholstrup T, Willett WC. The role of reducing intakes of saturated fat in the prevention of cardiovascular disease: where does the evidence stand in 2010? Am J Clin Nutr 2011;93:684–688.
16. He K, Song Y, Daviglius ML, Liu K, Van Horn L, Dyer AR, Greenland P. Accumulated evidence on fish consumption and coronary heart disease mortality: a meta-analysis of cohort studies. Circulation 2004;109:2705–2711.
17. Mozaffarian D, Katan MB, Ascherio A, Stampfer MJ, Willett WC. Trans fatty acids and cardiovascular disease. N Engl J Med 2006;354:1601–1613.
18. Dauchet L, Amouyel P, Hercberg S, Dallongeville J. Fruit and vegetable consumption and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of cohort studies. J Nutr 2006;136:2588–2593.
19. He FJ, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. Lancet 2006;367:320–326.
20. Corrao G, Bagnardi V, Zamboni A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. Prev Med 2004;38:613–619.
21. Sofi F, Abbate R, Gensini GF, Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. Am J Clin Nutr 2010;92:1189–1196.
22. Weintraub WS, Daniels SR, Burke LE. Et al. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: a policy statement from the American Heart Association. Circulation 2011;124:967–990.

23. Taylor RS, Brown A, Ebrahim S, Jolliffe J, Noorani H, Rees K, Skidmore B, Stone JA, Thompson DR, Oldridge N. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Med* 2004;116:682–692.
24. Piepoli MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). *BMJ* 2004;328:189.
25. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309: 901–911.
26. Thun MJ, Myers DG, Day-Lally C, et al. Age and the exposure–response relationships between cigarette smoking and premature death in Cancer Prevention Study II. Changes in Cigarette-Related Disease Risks and Their Implications for Prevention and Control. Smoking and Tobacco Control Monograph No. 8. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Cancer Institute; 1997. 383–413.
27. He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340:920–926.
28. Lightwood JM, Glantz SA. Declines in acute myocardial infarction after smokefree laws and individual risk attributable to secondhand smoke. *Circulation* 2009;120:1373–1379.
29. Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4:CD000165.
30. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;1:CD000146.
31. Center for Disease Control and Prevention. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioural Basis for Smoking-attributable Disease. A Report of the Surgeon General. 2010. <http://www.surgeongeneral.gov/library/tobacco-smoke/index.html>.
32. Sue Henry-Edwards, Rachel Humeniuk, Robert Ali, Maristela Monteiro and Vladimir Poznyak. Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing). Geneva, World Health Organization, 2003
33. Marlow SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care*. December 2003;48(12):1238–56



## Приложение 1

### Основные направления деятельности медицинских организаций в области профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения

Медицинская организация, подразделение	Основные направления деятельности	Вовлеченные контингенты населения, учреждения и организации, находящиеся
<p>ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России</p>	<p>Разработка (по согласованию с Минздравом России) стратегии профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ среди населения, научно-методическое обеспечение и координация деятельности ЦМП, ЦЗ, других медицинских, учебных, общественных и иных учреждений и организаций, осуществляющих деятельность в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ.</p> <p>Разработка и внедрение в деятельность ЦМП, ЦЗ, ОМП, КМП, учреждений ПМСП научно-обоснованных и эффективных методов и технологий профилактики ХНИЗ на индивидуальном, групповом и популяционном уровне.</p> <p>Подготовка проектов нормативно-правовых документов, методических рекомендаций и руководств, регламентирующих деятельность в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ.</p> <p>Разработка и совершенствование методов и критериев оценки медико-социальной, медико-экономической эффективности мероприятий по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ, оценки эффективности работы ЦМП, ЦЗ, ОМП, КМП.</p> <p>Экспертиза материалов, направленных на профилактику ХНИЗ, предназначенных для гигиенического обучения и образования населения, включая групповые и индивидуальные методы обучения как здоровых, так и пациентов с заболеваниями и факторами риска ХНИЗ.</p> <p>Разработка стандартов оказания профилактической медицинской помощи населению.</p> <p>Разработка и обновление учебных программ базовой врачебной (фельдшерской) подготовки и циклов тематического усовершенствования специалистов ЦМП, ЦЗ, ОМП, КМП по проблеме медицинской профилактики, а также повышение квалификации преподавателей таких циклов тематического усовершенствования.</p> <p>Подготовка научных и педагогических кадров в области медицинской профилактики.</p> <p>Разработка мероприятий и комплексных программ профилактики ХНИЗ, формирования ЗОЖ среди населения.</p> <p>Международное сотрудничество в области формирования ЗОЖ и профилактики ХНИЗ.</p>	<p>Население РФ. Медицинские, образовательные, общественные и иные учреждения и организации, осуществляющие деятельность в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ.</p>
<p>Центр медицинской профилактики субъекта Российской Федерации (самостоятельное учреждение одно на субъект РФ*)</p>	<p>Разработка стратегии профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ среди населения субъекта РФ, методическое обеспечение и координация деятельности ЦМП, ЦЗ, других медицинских, учебных, общественных и иных учреждений и организаций, осуществляющих деятельность в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ в субъекте РФ.</p> <p>Внедрение в деятельность ЦМП, ЦЗ, ОМП, КМП, учреждений ПМСП современных методов и технологий профилактической работы на индивидуальном, групповом и популяционном уровне, оценка эффективности их работы.</p> <p>Подготовка проектов нормативно-правовых документов и методических рекомендаций, регламентирующих деятельность в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ в субъекте РФ.</p> <p>Разработка и тиражирование материалов по профилактике ХНИЗ, памяток по доврачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях и других материалов для гигиенического воспитания и образования населения, включая групповые и индивидуальные методы обучения как здоровых, так и пациентов с заболеваниями и факторами риска ХНИЗ.</p> <p>Участие в разработке федеральных и разработка региональных стандартов оказания профилактической медицинской помощи населению.</p> <p>Учебно-методическая, консультативная помощь врачебно-фельдшерскому составу ОМП, КМП и ЦЗ в субъекте РФ.</p> <p>Разработка, руководство и контроль реализации мероприятий и комплексных программ профилактики ХНИЗ, формирования ЗОЖ среди населения.</p>	<p>Население субъекта РФ. Медицинские, образовательные, общественные и иные организации, осуществляющие деятельность в области профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ в субъекте РФ.</p>

Городской (районный, межрайонный) центр медицинской профилактики (самостоятельное учреждение в городе/районе с населением более 250 тыс. чел.**)	Разработка планов, мероприятий и программ профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ среди населения, координация деятельности медицинских, учебных, общественных и иных учреждений и организаций участвующих в их реализации. Внедрение в деятельность ЦЗ, ОМП, КМП, учреждений ПМСП современных методов и технологий профилактической работы на индивидуальном, групповом и популяционном уровне, оценка эффективности их работы. Заказ (приобретение) в необходимом объеме информационных материалов по профилактике ХНИЗ, памяток по доврачебной помощи при жизнеугрожающих состояниях и других материалов для гигиенического воспитания и образования населения, включая групповые и индивидуальные методы обучения как здоровых, так и пациентов с заболеваниями и факторами риска ХНИЗ для обеспечения ЦЗ, ОМП, КМП, учреждений ПМСП. Учебно-методическая, консультативная помощь врачебно-фельдшерскому составу ОМП, КМП, ЦЗ, учреждений ПМСП.	Население: города (района). Медицинские, учебные, общественные и иные организации, осуществляющие профилактику ХНИЗ и формирования ЗОЖ
Отделение (кабинет) медицинской профилактики на базе ЛПУ	Участие в проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров взрослого населения в соответствии с приказами Минздрава РФ: доврачебный этап, углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное, групповое). Диспансерное наблюдение лиц с факторами риска ХНИЗ (2 группа состояния здоровья по результатам диспансеризации и профилактических медицинских осмотров). Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных ФР ХНИЗ. Индивидуальная и групповая профилактика ХНИЗ, формирование ЗОЖ, профилактика догоспитальной смертности. Разработка и реализация мероприятий по профилактике ХНИЗ и формированию ЗОЖ среди населения в зоне ответственности. Оказание консультативной помощи по коррекции факторов риска пациентам с ХНИЗ. Участие в оказании консультативной помощи врачам (фельдшерам) учреждения по вопросам профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ. Разработка и реализация мероприятий профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ среди населения в зоне ответственности.	Население в зоне ответственности, пациенты
Центр здоровья	Формирование ЗОЖ, первичная индивидуальная и групповая профилактика ХНИЗ, профилактика догоспитальной смертности. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных ФР ХНИЗ. Проведение профилактических осмотров здоровых лиц. Диспансерное наблюдение лиц с высоким риском развития ХНИЗ. Разработка и реализация мероприятий профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ среди населения в зоне ответственности. Консультативная помощь врачебно-фельдшерскому составу первичного звена здравоохранения по вопросам профилактики ХНИЗ и формирования ЗОЖ.	Население в зоне ответственности, пациенты
Кафедры здорового образа жизни и профилактической медицины в специализированных медицинских вузах	Разработка и реализация обучающих программ для всех уровней медицинского образования (среднее, высшее, постдипломное). Экспертиза образовательных и профилактических программ. Разработка образовательных и агитационных программ для населения.	Студенты и слушатели медицинских вузов, врачи, мед.сестры
Диспансеры всех типов	Первичная и вторичная индивидуальная, групповая, популяционная профилактика ХНИЗ и заболеваний по профилю курируемой патологии. Организация и контроль реализации стандарта амбулаторной и стационарной медицинской помощи пациентам по коррекции основных факторов риска ХНИЗ в курируемых структурных подразделениях по профилю деятельности. Диспансеризация (диспансерное наблюдение, диспансерные осмотры) определенных групп населения (пациентов) в соответствии с законодательством Российской Федерации. Участие в разработке и реализации профилактических программ по профилю курируемой патологии. Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.	Курируемые пациенты, лица, находящиеся под наблюдением, население в зоне ответственности (район, город, субъект РФ)

Врачебно-физкультурный диспансер	Первичная индивидуальная, групповая, популяционная профилактика ХНИЗ и пропаганда ЗОЖ. Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.	Население в зоне ответственности, лица, находящиеся под наблюдением
Амбулаторно-поликлинические учреждения***: Амбулатории. Поликлиники, Центр общей врачебной (семейной) практики; Консультативно-диагностический центр.	Вторичная индивидуальная и групповая профилактика ХНИЗ. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии дневного стационара — стационарной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ). Организация и проведение профилактических осмотров. Диспансерное наблюдение больных ХНИЗ, групп высокого риска ХНИЗ. Диспансеризация определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации. Участие в разработке и реализации мероприятий и комплексных программ профилактики ХНИЗ.	Курируемые пациенты, лица, находящиеся под наблюдением, население в зоне ответственности
Фельдшерско-акушерский пункт Врачебный (фельдшерский) здравпункт	Первичная и вторичная индивидуальная и групповая профилактика ХНИЗ и догоспитальной смертности от них, формирование ЗОЖ у прикрепленных на медицинское обслуживание лиц. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ. Участие в организации диспансеризации прикрепленных на медицинское обслуживание лиц. Организация, участие в проведении и подведение итогов профилактических осмотров прикрепленных на медицинское обслуживание лиц. Организация и участие в проведении диспансерного наблюдения больных ХНИЗ и лиц с высоким риском развития ХНИЗ и их осложнений. Разработка и реализация мероприятий по профилактике ХНИЗ среди лиц, прикрепленных на медицинское обслуживание.	Лица, прикрепленные на медицинское обслуживание
Участковая, районная, городская (в том числе скорой медицинской помощи) больницы. Госпиталь всех наименований.	Индивидуальная и групповая (школы для больных) профилактика ХНИЗ. Реализация стандарта стационарной медицинской помощи пациентам по коррекции основных факторов риска развития ХНИЗ. Участие в проведении диспансеризации, профилактических осмотров населения в зоне ответственности****. Участие в реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ	Пациенты, находящиеся на лечении в больнице
Центральная (городская районная), областная (краевая, республиканская, окружная) больницы. Медико-санитарная часть.	Индивидуальная и групповая (школы для больных) профилактика ХНИЗ. Реализация стандарта специализированной медицинской помощи пациентам по коррекции факторов риска развития ХНИЗ и синдрома ускоренного старения взрослых. Участие в проведении диспансеризации, профилактических осмотров населения в зоне ответственности****. Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.	Пациенты, находящиеся на лечении в больнице
Специализированные больницы (всех типов и наименований)	Индивидуальная и групповая (школы для больных) профилактика ХНИЗ. Реализация стандарта стационарной медицинской помощи пациентам по коррекции основных факторов риска развития ХНИЗ. Участие в проведении диспансеризации, профилактических осмотров по профилю****. Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.	Пациенты, находящиеся на лечении в больнице
Центры (клинические, лечебно-диагностические, реабилитационные и т.п.)	Индивидуальная, групповая профилактика ХНИЗ и заболеваний по профилю деятельности. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии амбулаторных подразделений). Реализация стандарта стационарной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии стационарных подразделений). Участие в проведении диспансеризации, профилактических осмотров****. Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.	Курируемые пациенты, лица, находящиеся под наблюдением, население в зоне ответственности

<p>Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями</p>	<p>Формирование здорового образа жизни и гигиеническое образование населения. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии амбулаторных подразделений). Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.</p>	<p>Население в зоне ответственности</p>
<p>Женская консультация. Центр охраны здоровья семьи и репродукции. Центр охраны репродуктивного здоровья подростков. Центр охраны материнства и детства.</p>	<p>Индивидуальная, групповая профилактика ХНИЗ и болезней по профилю деятельности. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ. Участие в проведении диспансеризации, профилактических осмотров****. Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.</p>	<p>Курируемые пациенты, лица, находящиеся под наблюдением, население в зоне ответственности</p>
<p>Санаторно-курортные медицинские организации:</p>	<p>Индивидуальная, групповая профилактика ХНИЗ и болезней по профилю деятельности. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии амбулаторных подразделений). Реализация стандарта стационарной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии стационарных подразделений). Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.</p>	<p>Курируемые пациенты, лица, находящиеся под наблюдением</p>
<p>Центры высоких медицинских технологий.</p>	<p>Индивидуальная, групповая профилактика ХНИЗ и болезней по профилю деятельности. Реализация стандарта стационарной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ. Реализация стандарта амбулаторной медицинской помощи пациентам по диагностике и коррекции основных факторов риска ХНИЗ (при наличии амбулаторных подразделений). Участие в разработке и реализации комплексных программ профилактики ХНИЗ.</p>	<p>Курируемые пациенты, лица, находящиеся под наблюдением</p>

\* Как правило, располагается в столичном городе субъекта РФ и дополнительно выполняет функции столичного городского (районного) ЦМП.

\*\*В нестоличных городах и районах с населением менее 250 тыс. чел. ЦМП формируется на базе одного из ОМП или ЦЗ

\*\*\* Основные направления деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в области профилактики ХНИЗ приведены без учета наличия в их составе ОМП, КМП и ЦЗ

\*\*\*\* Участие в диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах в рамках реализации п. 6 приказа Минздрава России № 1006н от 03.12.12 г. и п. 4 приказа Минздрава России № 1011н от 06.12.12 г.

## Приложение 2

### Неотложные меры самопомощи и взаимопомощи при развитии острых жизнеугрожающих заболеваний (состояний)

#### (памятка для пациента)

В нашей стране до 80% смертей происходит вне медицинских организаций — дома, на работе, на даче, в общественных и других местах. Большая часть из них происходит скоропостижно или по механизму внезапной смерти. Однако, при владении и своевременном применении несложных приемов оказания самопомощи и/или взаимопомощи со стороны людей, окружающих человека, оказавшегося в таком критическом состоянии, можно в большинстве случаев спасти жизнь больного. Помимо этого статистика показывает, что многие больные сами (или их родственники) поздно вызывают врача скорой медицинской помощи, что резко снижает вероятность спасения больного и является основной причиной чрезвычайно высокой внебольничной смертности населения.

Настоящая памятка адресована практически всем людям, но особенно лицам с высоким и очень высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и их фатальных осложнений, а также всем больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, их родственникам и близким.

В памятке описываются основные клинические проявления (симптомы) жизнеугрожающих заболеваний (состояний), в отношении которых следует проявлять особую настороженность, приводятся рациональные приемы само- и взаимопомощи в период ожидания приезда врача скорой медицинской помощи.

#### **I. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНОМ ПРИСТУПЕ**

##### **Характерные признаки (симптомы) сердечного приступа (инфаркта миокарда)**

- внезапно (приступообразно) возникающие давящие, сжимающие, жгущие, ломящие боли в грудной клетке (за грудиной) продолжающиеся более 5 минут;
- аналогичные боли часто наблюдаются в области левого плеча (предплечья), левой лопатки, левой половины шеи и нижней челюсти, обоих плеч, обеих рук, нижней части грудины вместе с верхней частью живота;
- нехватка воздуха, одышка, резкая слабость, холодный пот, тошнота часто возникают вместе, иногда следуют за или предшествуют дискомфорту/болям в грудной клетке;
- не редко указанные проявления болезни развиваются на фоне физической или психоэмоциональной нагрузки, но чаще с некоторым интервалом после них.

##### **Нехарактерные признаки, которые часто путают с сердечным приступом:**

- колющие, режущие, пульсирующие, сверлящие, постоянные ноющие в течение многих часов и не меняющие своей интенсивности боли в области сердца или в конкретной четко очерченной области грудной клетки

#### **Алгоритм неотложных действий:**

Если у Вас или кого-либо внезапно появились вышеуказанные характерные признаки сердечного приступа даже при слабой или умеренной их интенсивности, которые держатся более 5 мин – не задумывайтесь, сразу вызывайте бригаду скорой медицинской помощи. Не выжидайте более 10 минут - в такой ситуации это опасно для жизни.

Если у Вас появились симптомы сердечного приступа и нет возможности вызвать скорую помощь, то попросите кого-нибудь довезти Вас до больницы – это единственное правильное решение. Никогда не садитесь за руль сами, за исключением полного отсутствия другого выбора.

В наиболее оптимальном варианте при возникновении сердечного приступа необходимо следовать инструкции, полученной от лечащего врача, если такой инструкции нет, то необходимо действовать согласно следующему алгоритму:

- Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- Сесть (лучше в кресло с подлокотниками) или лечь в постель с приподнятым изголовьем,

принять 0,25 г ацетилсалициловой кислоты (аспирина) (таблетку разжевать, проглотить) и 0,5 мг нитроглицерина (таблетку/капсулу положить под язык, капсулу предварительно раскусить, не глотать); освободить шею и обеспечить поступление свежего воздуха (открыть форточки или окно).

- Если через 5-7 мин. после приема ацетилсалициловой кислоты (аспирина) и нитроглицерина боли сохраняются необходимо второй раз принять нитроглицерин.
- Если через 10 мин после приема второй дозы нитроглицерина боли сохраняются, необходимо в третий раз принять нитроглицерин.
- Если после первого или последующих приемов нитроглицерина появилась резкая слабость, потливость, одышка, необходимо лечь, поднять ноги (на валик и т.п.), выпить 1 стакан воды и далее, как и при сильной головной боли, нитроглицерин не принимать.
- Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин, аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

**ВНИМАНИЕ!** Больному с сердечным приступом категорически запрещается вставать, ходить, курить и принимать пищу до особого разрешения врача;  
**нельзя принимать аспирин (ацетилсалициловую кислоту) при** непереносимости его (аллергические реакции), а также при явном и обострении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;  
**нельзя принимать нитроглицерин при** резкой слабости, потливости, а также при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

## II ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

### Основные признаки (симптомы) острого нарушения мозгового кровообращения:

- онемение, слабость «непослушность» или паралич (обездвиживание) руки, ноги, половины тела, перекашивание лица и слюнотечение на одной стороне;
- речевые нарушения (затруднения в подборе нужных слов, понимания речи и чтения, невнятная и нечеткая речь, до полной потери речи);
- нарушения или потеря зрения, «двоение» в глазах, затруднена фокусировка зрения;
- нарушение равновесия и координации движений (ощущения «покачивания, проваливания, вращения тела, головокружения», неустойчивая походка вплоть до падения);
- необычная сильная головная боль (нередко после стресса или физического напряжения);
- спутанность сознания или его утрата, неконтролируемое мочеиспускание или дефекация.

**При внезапном появлении любого из этих признаков срочно вызывайте бригаду скорой медицинской помощи, даже если эти проявления болезни наблюдались всего несколько минут**

### Алгоритм действий до прибытия бригады скорой помощи

При возникновении ОНМК необходимо следовать инструкции, полученной ранее от лечащего врача, если такой инструкции не было действовать согласно следующему алгоритму:

- Если больной без сознания, положите его на бок, удалите из полости рта съемные протезы (остатки пищи, рвотные массы), убедитесь, что больной дышит.
- Если пострадавший в сознании, помогите ему принять удобное сидячее или полусидячее положение в кресле или на кровати, подложив под спину подушки. Обеспечьте приток свежего воздуха. Расстегните воротничок рубашки, ремень или пояс, снимите стесняющую одежду.
- Измерьте температуру тела больного. Если она 38 градусов Цельсия или более дайте больному 1г парацетамола (2 таблетки по 0,5г разжевать, проглотить), **(при отсутствии парацетамола других жаропонижающих препаратов не давать!)**.
- Положите на лоб и голову лед или продукты из морозильника, уложенные в непромокаемые пакеты, обернутые полотенцем.
- Если больной ранее принимал лекарственные препараты снижающие уровень холестерина в крови из группы статинов (симвастатин, ловастатин, флувастатин, правастатин,

аторвастатин, розувастатин) дайте больному его обычную дневную дозу и возьмите препарат с собой в больницу.

- Если прибытие скорой помощи задерживается, измерьте больному артериальное давление и если его верхний уровень превышает 220 мм рт. ст., дайте больному препарат, снижающий артериальное давление, который он принимал раньше.
- Если пострадавшему трудно глотать и у него капает слюна изо рта, наклоните его голову к более слабой стороне тела, промокайте стекающую слюну чистыми салфетками.
- Если пострадавший не может говорить или его речь невнятная, успокойте его и ободрите, заверив, что это состояние временное. Держите его за руку на непарализованной стороне, пресекайте попытки разговаривать и не задавайте вопросов, требующих ответа. Помните, что хотя пострадавший и не может говорить, он сознает происходящее и слышит все, что говорят вокруг.

#### **ПОМНИТЕ!**

- Что только вызванная в первые 10 мин от начала сердечного приступа или острого нарушения мозгового кровообращения скорая медицинская помощь, позволяет в полном объеме использовать современные высокоэффективные методы стационарного лечения и во много раз снизить смертность от этих заболеваний.
- Что ацетилсалициловая кислота (аспирин) и нитроглицерин, принятые в первые минуты, могут предотвратить развитие инфаркта миокарда и значительно уменьшают риск смерти от него.
- Что состояние алкогольного опьянения не является разумным основанием для задержки вызова бригады скорой помощи при развитии сердечного приступа и острого нарушения мозгового кровообращения — около 30% лиц внезапно умерших на дому находились в состоянии алкогольного опьянения.
- Что закрытый массаж сердца, проведенный в первые 60-120 секунд после внезапной остановки сердца позволяет вернуть к жизни до 50% больных.

### **III. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОМ КРИЗЕ**

**Гипертонический криз (ГК)** – это тяжелое патологическое состояние человека, проявляющееся высоким артериальным давлением (АД) крови (систолическое «верхнее» АД, как правило, более 180 мм рт.ст.; диастолическое «нижнее» АД – более 120 мм рт.ст.), а также следующими основными симптомами:

- головной болью, чаще в затылочной области, или тяжестью и шумом в голове;
- мельканием «мушек», пеленой или сеткой перед глазами;
- тошнотой, чувством разбитости, переутомления, внутреннего напряжения;
- одышкой, слабостью, постоянными монотонными ноющими болями/дискомфортом в области сердца;
- появлением или нарастанием пастозности/отечности кожи лица, рук, ног.

Гипертонический криз чрезвычайно опасен в связи с высокой вероятностью развития у таких больных мозгового инсульта (кровоизлияние в ткань мозга или ишемия и некроз мозга), инфаркта миокарда, острой сердечной недостаточности (сердечной астмы и отека легких). По этой причине больные с гипертоническим кризом нуждаются в экстренной медицинской помощи. Гипертонический криз самая частая причина вызова скорой и неотложной медицинской помощи в нашей стране.

#### **Мероприятия первой помощи**

При появлении любого из вышеуказанных симптомов гипертонического криза, необходимо:

- убрать яркий свет, обеспечить покой, доступ свежего воздуха (расстегнуть ворот рубашки, проветрить помещение и т.п.);
- измерить АД (методику измерения АД смотрите в конце данного раздела) и если его «верхний» уровень выше или равен 160 мм рт.ст необходимо принять гипотензивный препарат, ранее рекомендованный врачом, выпить чашку сладкого чая. При отсутствии, рекомендованного врачом гипотензивного препарата или при регистрации уровня АД выше 200 мм рт.ст. необходимо срочно вызвать скорую помощь;
- До прибытия скорой медицинской помощи необходимо, по возможности, сесть в кресло с подлокотниками и принять горячую ножную ванну (опустить ноги в емкость с горячей водой).

**Внимание! !** Больному с гипертоническим кризом запрещаются любые резкие движения (резко вставать, садиться, ложиться, наклоняться, тужиться) и любые физические нагрузки.

- Через 40-60 мин после приема лекарства, рекомендованного врачом, необходимо повторно измерить АД и если его уровень не снизился на 20-30 мм рт.ст. от исходного и/или состояние не улучшилось – срочно вызывайте скорую помощь.
- При улучшении самочувствия и снижении АД, необходимо отдохнуть (лечь в постель с приподнятым изголовьем) и после этого обратиться к участковому (семейному) врачу.

При беседе с врачом необходимо уточнить, какие препараты Вам необходимо принимать при развитии гипертонического криза, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях болезни Вам необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь.

Всем больным с гипертонической болезнью необходимо сформировать индивидуальную миниаптечку первой помощи при гипертоническом кризе и постоянно носить ее с собой, так как гипертонический криз может развиваться в любое время и в любом месте.

### **Измерение артериального давления**

Для диагностики гипертонического криза необходимо измерение артериального давления, которое производится ручным методом, с использованием стетоскопа (стетофонендоскопа) и специальной надувной манжетки, оснащенной насосом-грушей и сфигманометром (Рис. 1), а также автоматическим (полуавтоматическим) методом с использованием различных моделей тонометров, специально разработанных для этих целей (Рис. 2).

Точность измерения АД и, соответственно, гарантия правильной диагностики и степени выраженности гипертонического криза зависят от соблюдения правил по его измерению.

Измерение нужно проводить сидя (опираясь на спинку стула, с расслабленными и не скрещенными ногами, рука лежит на столе, на уровне сердца), в спокойной обстановке, после 5 минутного отдыха. Во время измерения не следует активно двигаться и разговаривать. Измерение АД в особых случаях можно проводить лежа или стоя.

Манжета накладывается на плечо, нижний край ее на 2 см выше локтевого сгиба. Размер манжеты должен соответствовать размеру руки: резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80% окружности плеча; для взрослых лиц применяется манжета шириной 12-13 см и длиной 30-35 см (средний размер); необходимо иметь в наличии большую и маленькую манжеты для полных и худых рук, соответственно.

Столбик ртути или стрелка сфигманометра перед началом измерения должны находиться на нулевой отметке и перед глазами исследователя (Рис. 3).

### **Техника измерения АД:**

- установить головку фонендоскопа в локтевую ямку над проходящей по ней плечевой артерии (Рис. 3);
- быстро накачать воздух в манжету до величины давления на 20-30 мм рт.ст. превышающего обычный для данного человека уровень «верхнего» систолического АД (если измерение производится впервые, то уровень давления в манжете обычно поднимают до 160 мм рт.ст.). Если при этом уровне давления пульсация сосуда в локтевой ямке сохраняется, то давление в манжете продолжают повышать до уровня на 20 мм рт.ст. превышающего уровень давления,



Рис. 1. Стетоскоп (справа) и надувная манжетка, оснащенная насосом-грушей и сфигманометром (слева).



Рис. 2. Тонометр для автоматического измерения артериального давления



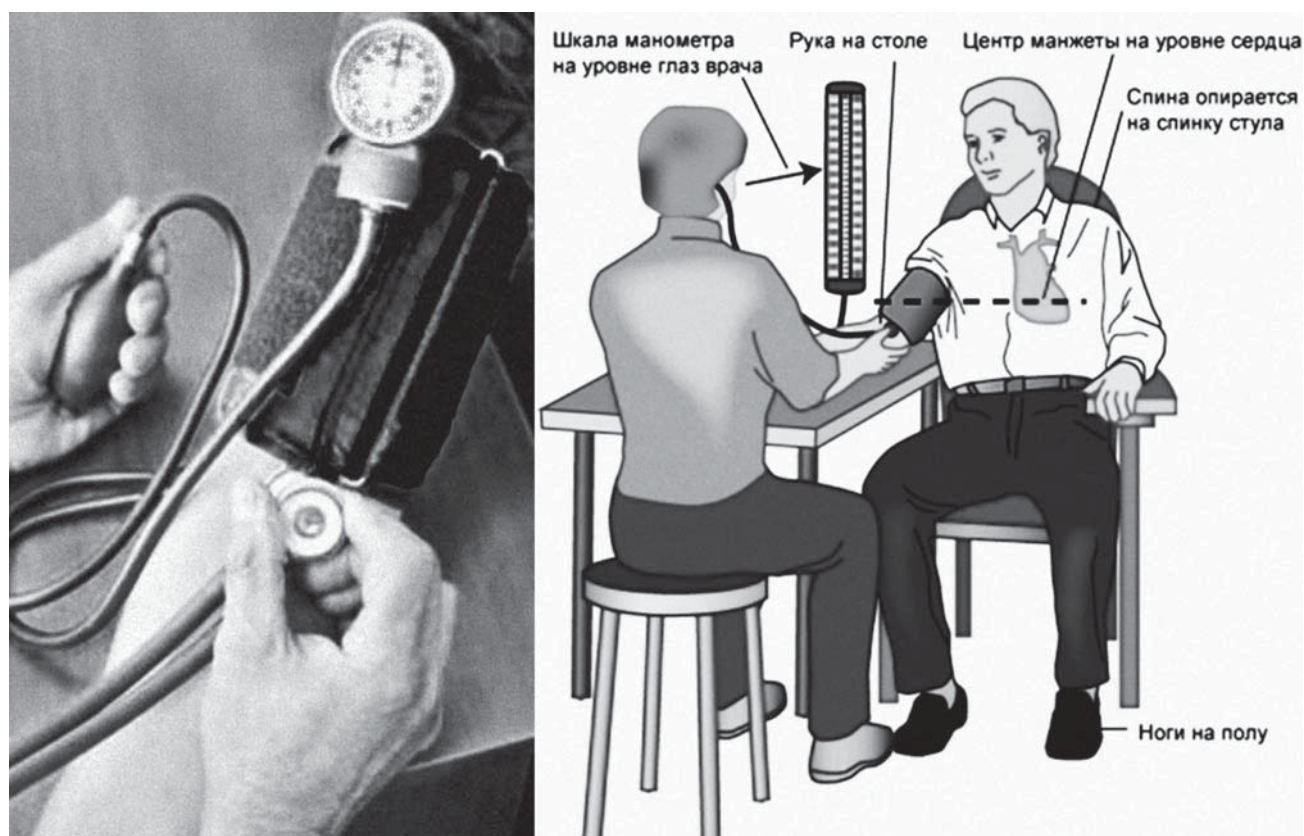


Рис. 3. Иллюстрация правил измерения артериального давления

- при котором исчезла пульсация артерии в локтевой ямке;
- открыть кран сброса воздуха из манжеты, расположенного рядом с грушей-насосом и проводить снижение давление в манжете со скоростью примерно 2-3 мм рт.ст. в секунду;
- в процессе выпуска воздуха из манжеты одновременно контролируют два параметра: 1) уровень давления по шкале манометра и 2) появление звуков пульсации (называемых тонами Короткова) артерии в локтевой ямке. Уровень давления в момент появления тонов пульсации соответствует уровню «верхнего» систолического АД, а уровень давления в момент полного исчезновения тонов пульсации артерии – соответствует «нижнему» диастолическому АД (у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых тоны пульсации артерии не исчезают, тогда следует определять «нижнее» диастолическое АД по моменту значительного ослабления тонов);
- если тоны пульсации артерии в локтевой ямке очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа;
- при измерении АД самому себе, головку фонендоскопа фиксируют над локтевой ямкой с помощью манжеты, как указано на рисунке 4.

Для достоверной оценки величины АД необходимо выполнить не менее двух измерений АД на каждой руке с интервалом не менее минуты (в паузах между измерениями необходимо полностью ослабить манжету); при выявлении разницы уровня давлений более 5 мм рт.ст. производят одно дополнительное измерение; за конечное (регистрируемое) значение принимается среднее из двух последних измерений.

#### **IV. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Острая сердечная недостаточность** — это тяжелое патологическое состояние, которое развивается у больных с различными заболеваниями сердца и гипертонической болезнью. Это одна из наиболее частых причин вызова скорой помощи и госпитализации больных, а также смертности населения нашей страны и всего мира.

**Основными проявлениями (симптомами) острой сердечной недостаточности являются:**

- тяжелое, частое (более 24 в мин) шумное дыхание – одышка, иногда достигающая степе-

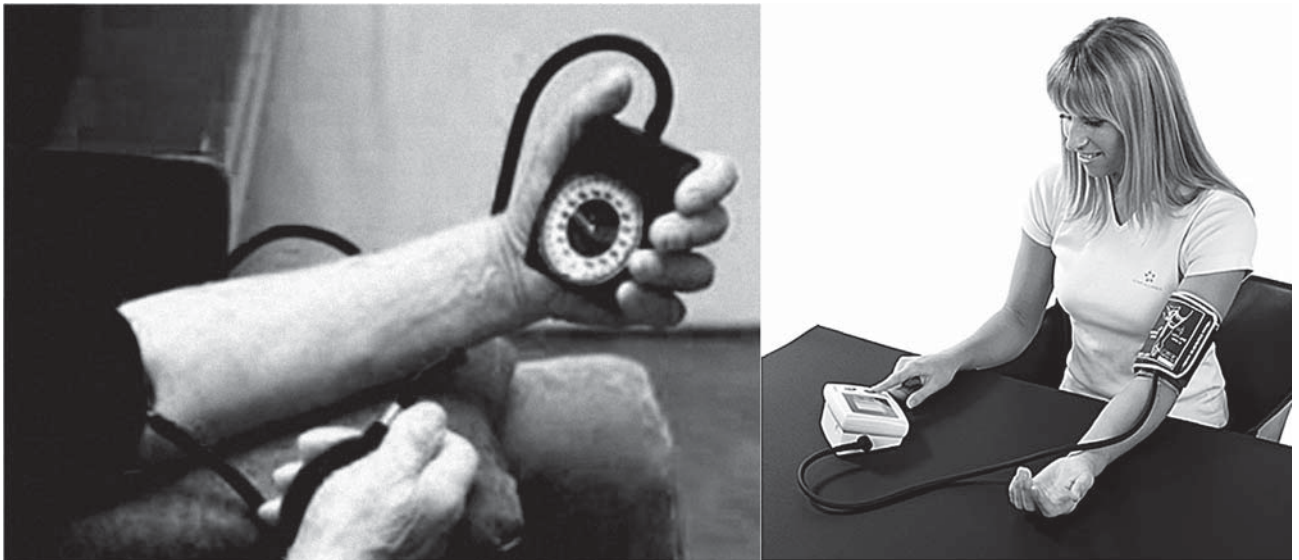


Рис. 4. Иллюстрация методики измерения АД самому себе.

ни удушья, с преимущественным затруднением вдоха и явным усилением одышки и кашля в горизонтальном положении. Сидячее положение или лежащее положение с высоко поднятым изголовьем облегчает состояние больного;

- часто при дыхании становятся слышны влажные хлюпающие хрипы/звуки, прерываемые кашлем, в терминальной стадии дыхание приобретает характер клокочущего с появлением пены у рта больного;
- характерная сидячая поза больного, упирающегося прямыми руками в колени.

Острая сердечная недостаточность может развиваться очень быстро и в течение 30-60 мин привести к смерти больного. В большинстве случаев от первых клинических признаков до тяжелых проявлений ОСН проходит 6-12 и более часов, однако без медицинской помощи абсолютное большинство больных с ОСН погибает.

### **Мероприятия первой помощи**

При появлении у больных гипертонической болезнью, или болезнью сердца, (но не легких или бронхов) вышеуказанных симптомов ОСН **необходимо**:

- **вызвать скорую медицинскую помощь**
- придать больному сидячее положение, лучше в кресле с подлокотниками, на которые он может опираться и включать межреберные мышцы в акт дыхания
- обеспечить физический и психоэмоциональный покой и свежий воздух, путем проветривания помещения
- ноги опустить в большую емкость (бак, ведро и др.) с горячей водой
- в крайне тяжелых случаях на ноги в области паха накладываются жгуты, передавливающие поверхностные вены, но не глубокие артерии, что уменьшает приток крови к сердцу и тем самым облегчает его работу
- При наличии опыта у больного или у лица, оказывающего первую помощь по применению нитроглицерина его назначают в дозе 0,4(0,5) мг (ингаляцию в полость рта производят при задержке дыхания, таблетку/капсулу кладут под язык, капсулу необходимо предварительно раскусить, не глотать). При улучшении самочувствия больного после применения нитроглицерина, его применяют повторно, через каждые 5-10 мин до прибытия бригады скорой медицинской помощи. При отсутствии улучшения самочувствия больного после применения нитроглицерина, его больше не применяют.

**ВНИМАНИЕ!** Больному с острой сердечной недостаточностью категорически запрещается вставать, ходить, курить, пить воду и принимать жидкую пищу до особого разрешения врача; нельзя принимать нитроглицерин при артериальном давлении менее 100 мм рт.ст., при выраженной головной боли, головокружении, остром нарушении зрения, речи или координации движений.

Всем больным гипертонической болезнью, или болезнью сердца с наличием одышки и отеков на ногах необходимо обсудить с лечащим врачом, какие препараты необходимо принимать при развитии ОСН, четко записать их наименования, дозировку и временную последовательность (алгоритм) их приема, а также уточнить у врача при каких проявлениях

болезни необходимо срочно вызывать скорую медицинскую помощь. Каждому такому больному необходимо сформировать индивидуальную аптечку первой помощи при ОСН и постоянно иметь ее при себе.

## **V. ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ**

Чаще всего внезапная смерть происходит вследствие внезапной остановки сердца.

### **Основные признаки (симптомы) внезапной смерти:**

- Внезапная потеря сознания, часто сопровождающаяся агональными движениями (стоящий или сидящий человек падает, нередко наблюдаются судорожное напряжение мышц, непроизвольное мочеиспускание и дефекация; лежащий человек иногда предпринимает судорожную попытку сесть или повернуться на бок)
- Внезапное полное прекращение дыхания, часто после короткого периода (5-10 секунд) агонального псевдодыхания: больной издает хрипящие и/или булькающие звуки, иногда похожие на судорожную попытку что то сказать.

### **Последовательность неотложных действий**

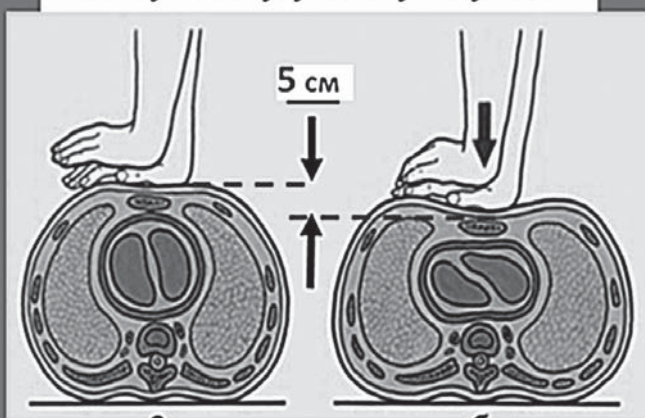
- Если человек внезапно потерял сознание — сразу же вызывайте бригаду скорой медицинской помощи (при наличии помощника — он вызывает скорую помощь). Далее встряхните пациента за плечо и громко спросите «Что с Вами?». При отсутствии ответа проводится активное похлопывание по щекам больного, при отсутствии какой-либо реакции сразу же приступайте к закрытому массажу сердца.
- Больного укладывают на жесткую ровную поверхность (пол, земля, ровная твердая площадка и тому подобные места, но не на диван, кровать, матрас и прочие мягкие поверхности), освобождают от одежды переднюю часть грудной клетки. Определяют местоположение рук на грудной клетке больного как указано на рисунке 5. Одна ладонь устанавливается в указанное на рисунке место, а ладонь второй руки располагается сверху на первой в точном соответствии с изображением рук на рисунке 5.
- Прямыми руками (не согнутыми в локтях) производится энергичное ритмичное сдавливание грудной клетки пострадавшего на глубину 5 см с частотой 100 надавливаний на грудную клетку в минуту (методика закрытого массажа сердца схематично представлена на рисунке 5).
- При появлении признаков жизни (любые реакции, мимика, движения или звуки издаваемые больным), массаж сердца необходимо прекратить. При исчезновении указанных признаков жизни массаж сердца необходимо возобновить. Остановки массажа сердца должны быть минимальными — не более 5-10 секунд. При возобновлении признаков жизни массаж сердца прекращается, больному обеспечивается тепло и покой. При отсутствии признаков жизни массаж сердца продолжается до прибытия бригады СМП.

Если человек, оказывающий первую помощь, имеет специальную подготовку и опыт по проведению сердечно-легочной реанимации, он может параллельно с закрытым массажем сердца проводить и искусственную вентиляцию легких. **При отсутствии специальной подготовки проводить больному искусственную вентиляцию легких и определение пульса на сонной артерии не следует**, так как специальные научные исследования показали, что такие процедуры в неопытных руках ведут к недопустимой потере времени и резко уменьшают частоту оживления больных с внезапной остановкой сердца.

При отсутствии признаков жизни закрытый массаж сердца проводить до прибытия скорой помощи



100 надавливаний на грудную клетку в минуту на глубину 5 см



местоположение рук на грудной клетке больного



Руки прямые не согнутые в локтях



Рис. 5. Иллюстрация методики проведения закрытого массажа сердца

## Приложение 3

**Ориентировочная схема подбора дозы статинов у пациентов с различными клиническими состояниями<sup>1-4</sup>**

Нозология	Стартовая доза статина (начало терапии)	Титрация дозы	Целевые значения ХС ЛНП
Артериальная гипертензия без ИБС (риск 1-4% по SCORE)	10 мг/сут аторвастатина <sup>1,3</sup> ; 20 мг/сут симвастатина <sup>2</sup> ; 5 мг/сут розувастатина <sup>4</sup>	Титрование дозы до достижения целевого уровня ЛНП**	<2,5 ммоль/л
Пациенты с повышенным С-реактивным протеином	20 мг/сут розувастатина <sup>4</sup>	Без титрации	<2,5 ммоль/л
Пациенты без ИБС, но с высоким СС риском (5% ≤ SCORE ≤ 10%)	10 мг/сут аторвастатина <sup>1,3</sup> ; 20 мг/сут симвастатина <sup>2</sup> ; 5 мг/сут розувастатина <sup>4</sup>	До достижения целевого уровня ЛНП**	<2,5 ммоль/л
Пациенты с ИБС с исходно низким уровнем ЛНП (<1,8 ммоль/л)	20 мг/сут аторвастатина <sup>1,3</sup> ; 40 мг/сут симвастатина <sup>2</sup>	Без титрации	<1,8 ммоль/л
Пациенты с неосложненными стабильными формами ИБС и её эквивалентами по SCORE ≥ 10%	40 мг/сут аторвастатина <sup>1,3</sup> ; 40 мг/сут симвастатина <sup>2</sup>	Возможно титрование дозы до достижения целевого уровня липидов**	<1,8 ммоль/л
Пациенты с сердечной недостаточностью ишемического генеза (I-II ФК по NYHA)	40 мг/сут аторвастатина <sup>3</sup>	До 80 мг/сут	<1,8 ммоль/л
Пациенты с СД 1 и 2 типа, высокого риска	20 мг/сут аторвастатина <sup>3</sup> ; 40 мг/сут симвастатина <sup>2</sup>	Возможно титрование дозы до достижения целевого уровня липидов**	<2,5 ммоль/л
Пациенты с СД 1 и 2 типа, очень высокого риска	40 мг/сут аторвастатина, 20 мг/сут при исходно низком уровне ЛНП <sup>1</sup>	До 80 мг/сут	<1,8 ммоль/л
Пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС)	80 мг/сут аторвастатина в первые 4 дня (желательно с первого дня) <sup>1</sup>	80 мг в течение 24 недель, затем снижение дозы до 40 мг/сут*	<1,8 ммоль/л
Пациенты с острым нарушением мозгового кровообращения (ТИА и ишемический церебральный инсульт)	80 мг/сут аторвастатина, оптимально после первых 48 часов <sup>1</sup>	Адаптация дозы статина к поддержанию целевого уровня ЛНП в пределах <1,8 ммоль/л (не рекомендуется снижение дозы менее 40 мг/сут)	<1,8 ммоль/л
Пациенты перед операциями реваскуляризации	Подготовка к операции: 80 мг аторвастатина за 12 часов, 40 мг за 2 часа <sup>1</sup>	Без титрации	<1,8 ммоль/л
	После операции: 80 мг/сут аторвастатина <sup>1</sup>	Снижение дозы до 40 мг/сут*	<1,8 ммоль/л
Продолжительность терапии — неопределенно долго			

\*Доза должна быть достаточной для поддержания целевого уровня ХС ЛНП

\*\*При невозможности добиться целевых уровней ХС ЛНП рассмотреть возможность комбинированной терапии и/или экстракорпоральных методов лечения

1 Заключение Совета экспертов Всероссийского научного Общества Кардиологов (ВНОК); Национального Общества по изучению Атеросклероза (НОА); Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР); Национальной ассоциации по борьбе с инсультами (НАБИ). «Оптимизация терапии статинами пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска» Кардиосоматика, 2011, том 2, № 4, с.80-86.

2 Инструкция по медицинскому применению препарата Зокор, П N013094/01, 02.11.11.

3 Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар, П N014014/01, 04.03.13.

4 Инструкция по медицинскому применению препарата Крестор П N015644/01, 24.03.09; ЛП-000226, 16.02.11.

## Приложение 4

**Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)<sup>1</sup>**

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)	Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)
1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время
4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу	4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто	5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко
Сумма баллов по части I _____	Сумма баллов по части II _____
<p>Правило оценки:            0-7 баллов — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)            8-10 баллов — «субклинически выраженная тревога / депрессия»            11 баллов и выше — «клинически выраженная тревога / депрессия»            Пример 1: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла. Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы            Пример 2: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов. Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия            Пример 3: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл. Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы</p>	

<sup>1</sup> Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale/ Acta Psychiatr. Scand. 1983 – Vol.67 – P.361–370 Адаптирована Дробичевым М.Ю., 1993

Европейское общество кардиологов и Европейская ассоциация кардиоваскулярной профилактики и реабилитации рекомендуют для определения уровня психосоциальных факторов риска оценивать ответы пациента на вопросы, представленные ниже:

### Основные вопросы для оценки психосоциальных факторов риска в клинической практике<sup>1</sup>

Низкий социально-экономический статус	Какое у Вас образование или ученая степень?
	Кем Вы работаете?
Стресс на работе и в семье	Вы успешно справляетесь с заданиями по работе?
	Ваша зарплата соответствует вашему вкладу и прилагаемым усилиям?
	Есть ли у вас серьезные проблемы с вашим супругом (ой)?
Социальная изоляция	Живете ли вы в один (одна)?
	Вам не хватает близких доверенных лиц?
Депрессия	Считаете ли Вы себя подавленным и безнадежным?
	Вы потеряли интерес и чувство удовольствия в жизни?
Тревога	Вы часто нервничаете, испытываете чувство тревоги или опасности?
	Вы часто не в состоянии остановить или контролировать свое беспокойство?
Враждебность	Вы часто чувствуете гнев по мелочам?
	Вас часто раздражают привычки других людей?
Тип личности D	Вы часто чувствуете беспокойство, раздражительность, или находитесь в подавленном депрессивном состоянии?
	Вы избегаете разделять свои мысли и чувства с другими людьми?

<sup>1</sup> Perk J., Guy De Backer, Gohlke H. et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). European Heart Journal (2012) 33, 1635–1701 doi:10.1093/eurheartj/ehs092

## Приложение 5

### Методика определения суммарного сердечно-сосудистого риска по шкале SCORE

*Инструкция.* Выберите ту часть шкалы, которая соответствует полу, возрасту и статусу курения пациента. Далее внутри таблицы следует найти клетку, наиболее соответствующую индивидуальному уровню измеренного САД (АД мм рт.ст.) и общего ХС (ммоль/л). Цифра в найденной клетке, показывает 10-летний суммарный СС риск данного пациента. Например, если пациент 55 лет, курит в настоящее время, имеет САД 145 мм рт. ст и уровень общего ХС 6,8 ммоль/л, то его СС риск равен 9% (на рис. 1 цифра 9 отмечена окружностью).

*Уровень суммарного СС риска по шкале SCORE:*

**менее 1%-низкий,  
от  $\geq 1$  до 5% — средний или умеренно повышенный,  
от  $\geq 5\%$  до 10% — высокий,  
 $\geq 10\%$  — очень высокий.**

Шкалу SCORE можно использовать и для ориентировочной оценки общего числа (фатальных+нефатальных) сердечно-сосудистых событий (осложнений) в предстоящие 10 лет жизни — оно будет примерно в три раза выше, чем число, полученное по шкале SCORE при оценке только фатальных сердечно-сосудистых событий (осложнений).

Для мотивирования лиц, имеющих факторы риска, может быть полезным сравнение рисков. Например, продемонстрировать 40-летнему курящему мужчине с уровнем АД 180 мм рт.ст. и содержанием общего ХС в крови 8 ммоль/л, что его суммарный СС риск соответствует СС риску 65-летнего мужчины, не имеющего этих ФР (рисунок 1).

Для лиц молодого возраста (моложе 40 лет) определяется не абсолютный, а относительный суммарный СС риск с использованием шкалы, представленной на рисунке 2.

*Пример:* человек в возрасте до 40 лет без ФР (некурящий, с нормальным уровнем АД и содержанием общего ХС в крови — левый нижний угол таблицы) имеет в 12 раз меньший относительный суммарный СС риск по сравнению с человеком, имеющим эти ФР (правый верхний угол таблицы). Данная информация может быть полезной при профилактическом консультировании молодых людей с низким абсолютным, но высоким относительным суммарным СС риском, как мотивирующий фактор к ЗОЖ.



Систолическое АД, мм рт. ст.	Женщины				Возраст	Мужчины														
	Некурящие		Курящие			Некурящие		Курящие												
	180	160	140	120		180	160	140	120											
180	7	8	9	10	12	13	15	17	19	22	14	16	19	22	26	30	35	41	47	
160	5	5	6	7	8	9	10	12	13	16	9	11	13	15	16	18	21	25	29	34
140	3	3	4	5	6	6	7	8	9	11	6	8	9	11	13	13	15	17	20	24
120	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	4	5	6	7	9	9	10	12	14	17
180	4	4	5	6	7	8	9	10	11	13	9	11	13	15	18	18	21	24	28	33
160	3	3	3	4	5	5	6	7	8	9	6	7	9	10	12	12	14	17	20	24
140	2	2	2	3	3	3	4	5	5	6	4	5	6	7	9	8	10	12	14	17
120	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
180	2	2	3	3	4	4	5	5	6	7	6	7	8	10	12	12	13	16	19	22
160	1	2	2	2	3	3	3	4	4	5	4	5	6	7	8	8	9	11	13	16
140	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	5	6	5	6	8	9	11
120	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	8
180	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	4	4	5	6	7	7	8	10	12	14
160	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	3	3	4	5	5	6	7	8	10
140	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	4	5	6	7
120	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	5
180	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4
160	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2
120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8

**Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л**

15% и выше; 10-14%; 5-9%; 3-4%; 2%; 1%; < 1%.

Сравнение рисков

Рис. 1. Шкала SCORE: 10-летний абсолютный риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений (суммарный сердечно-сосудистый риск) для лиц в возрасте 40-65 лет (преобразование единиц измерений: ммоль/л—мг/дл: 8=310, 7=270, 6=230, 5=190, 4=155).

АД сист., мм рт. ст.	Некурящие					Курящие					
	180	3	3	4	5	6	6	7	8	10	12
160	2	3	3	4	4	4	5	6	7	8	
140	1	2	2	2	3	3	3	4	5	6	
120	1	1	1	2	2	2	2	3	3	4	
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8
<i>Концентрация общего холестерина в крови, ммоль/л</i>											

Рис. 2. Относительный суммарный СС риск для лиц моложе 40 лет (преобразование ммоль/л—мг/дл: 8 = 310, 7 = 270, 6 = 230, 5 = 190, 4 = 155).

## Приложение 6

### Эволюция невуса в меланому

